

EDITOR/EDITOR

Paulo Antônio Barros Oliveira

O Boletim da Saúde é uma publicação semestral da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul editada sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública que visa à difusão do conhecimento em saúde pública e saúde coletiva em âmbito nacional e internacional.

“Boletim da Saúde” – The Journal of Health – is a semi-annual publication of the Rio Grande do Sul State Health Department, under the responsibility of the Public Health School aiming at divulging the knowledge on public and collective health, nationally and abroad.

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Airton Fischmann – CEVS/SES – RS
Airton Stein – FFFCMPA/ULBRA/GHC
Álvaro Crespo Merlo – UFRGS
Áurea Jair Maciel – ESP/SES – RS
Carlos Dácio Araújo – ESP/SES – RS
Carlos Alvarez – UNIVERSIDADE DE ALICANTE/ESPANHA
Carmem Silveira Oliveira – UNISINOS – RS
Célia Regina Pierantoni – UERJ
Ceres Victora – UFRGS
Cristianne Maria Famer Rocha – UERGS
Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts – SMS/PMPA – RS
Djalmo Sanzi Souza – SES-RS
Elizabeth Kalil Nader dos Santos Rocha – GHC-RS
Jaime Breilh – EQUADOR
Janice Dornelles de Castro – UERGS/FAPERGS
José Luis Araújo – FIOCRUZ – PE
Jussara Gue Martini – ABEN/UNISINOS-RS
Jussara Maria Rosa Mendes – PPGSS/PUCRS
Liane Beatriz Righi – UNIJUI – RS
Maria Ceci Araújo Misoczky – UFRGS
Maria Cecília Souza Minayo – FIOCRUZ – RJ
Maria Isabel Barros Bellini – ESP/SES/PUCRS
Maria Teresa Anselmo Olinto – UNISINOS – RS
Mário Roberto da Silveira – ESP/RS
Marlow Kwitko – PUC/RS
Moacyr Scliar – FFFCMPA-RS
Moisés Goldbaum – USP
Newton Barros – AMRIGS
Paulo Duarte Amarante – ENSP/CEBES – RJ
Ricardo Burg Ceccim – MINISTÉRIO DA SAÚDE
Ronaldo Bordin – UFRGS
Sarah Escorel – CEBES – RJ
Sandra Maria Salles Fagundes – UERGS
Soraya Vargas Côrtes – NIPESC/UFRGS
Stela Meneghel – UNISINOS – RS
Teresa Armani – ESP – RS
Vânia Maria Figuera Olivo – UFSM – RS
Virginia Alonso Hortale – ENSP

CONSULTORES AD HOC/ AD HOC ADVISERS

Rosemari Dorígon Reinhardt - Adriana Boeira - Décio Ignácio Angnes.

ASSESSORIA EDITORIAL/EDITORIAL ADVISORY BOARD

Lia Mara Becker Dilélio – CRB 10/921
Maria Sílvia Robaina de Sousa Lessa – CRB 10/665
Silvana Matos Amaro – CRB 10/1098

EQUIPE TÉCNICA/TECHNICAL TEAM

- Revisor de Português e Inglês Sílvia Maria Zanette Guimarães
- Estagiária Lisiane Alpi Monteiro

TIRAGEM

4000 Exemplares

A Revista *Boletim da Saúde* é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



B668 Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública.-v. 18, n. 2, 2004 - Porto Alegre: SES/ESP, 1969 -

Semestral
ISSN 0102 1001.

1. Humanização 2. Boletim da Saúde - Periódicos
I. Secretaria Estadual da Saúde-RS. II. Escola de Saúde Pública-RS.

NLM WA

SUMÁRIO

BOLETIM DA SAÚDE

VOLUME 18

NÚMERO 2

JUL./DEZ. 2004

- 5 EDITORIAL
- 7 APRESENTAÇÃO
- 9 HumanizaSAÚDE: diferencial do atendimento na saúde
Décio Ignácio Angnes
- 17 Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH)
Elizabeth Azeredo Andrade, Tagma Marina Schneider Donelli
- 25 Assistência pós-alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais
Liege Silveira Dutra, Ana Flávia dos Santos, Sueli Terezinha Werlang
- 29 Cuidando do cuidador
Jacinta Subutzki, Mauro César Canete
- 35 Doutor Sorinho: cuidando dos pequenos
Marcia Fetter Nicoletti, Sandra Maria de Bortoli
- 41 Envelhecer com novos horizontes
Maria da Graça Viana Cardoso e Cunha
- 47 Garantia da excelência dos serviços
Helena Dahne, Alexandra Vanti
- 57 Humanização em ação: sensibilizando os profissionais para o processo de humanização
Antônio Joesting Siedler, Dirce Stein Backes, Inês Munari Palomino, Margarete Bicca Lemos, Olinda Prestes
- 65 Humanização: opção ou condição de sobrevivência na sociedade contemporânea
Maria Isabel Barros Bellini
- 71 A qualidade do atendimento aos pacientes do Hospital Cristo Redentor
Francinete Fabiane Menegazzo Oneda, Juliana Andreis Sabbi, Lillian Vanz
- 79 HumanizaSUS: um projeto coletivo
Eduardo Mendes Ribeiro
- 87 Internação Domiciliar
Equipe de Internação Domiciliar do Hospital Dom João Becker
- 93 Ludoteca hospitalar: resgate do impulso lúdico
Gladis Salete Marafon Rodegheri
- 105 O cuidado humanizado para pacientes psiquiátricos em hospital geral
Jacqueline Fátima Trevisan, Eugélia Wolmann, Edmundo Berni Reategui
- 109 O paciente hospitalizado como sujeito ou objeto
Délio José Kipper
- 113 Projeto abraço: um projeto social da FAU-HE/UFPEL promovendo a qualidade de vida da comunidade pelotense
Tânia Laís Brizola, Luiz Vicente Borsa Aquino, Vanessa Andina Teixeira
- 119 Projetos de humanização da internação pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS vinculados à comissão dos direitos da criança e do adolescente e cuidados hospitalares
Maria Estelita Gil, Délio José Kipper, Magda Suzana Ferreira
- 125 A Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS
Secretaria Estadual de Saúde
- 131 Política e Normas Editoriais

TABLE OF CONTENTS

BOLETIM DA SAÚDE

VOLUME 18

NUMBER 2

JUL./DEC. 2004

- 5 EDITORIAL
- 7 PRESENTATION
- 9 HumanizaSAÚDE: the difference on health care
Décio Ignácio Angnes
- 17 Change proposition at the users' reception in the emergency room of the Hospital Municipal de Novo Hamburgo
Elizabeth Azeredo Andrade, Tagma Marina Schneider Donelli
- 25 Post-hospital discharge assistance to patients under special care
Liege Silveira Dutra, Ana Flávia dos Santos, Sueli Terezinha Werlang
- 29 Taking care of the carer
Jacinta Subutzki, Mauro César Canete
- 35 Doctor "sorinho": caring for children
Marcia Fetter Nicoletti, Sandra Maria de Bortoli
- 41 Aging with new horizons
Maria da Graça Viana Cardoso e Cunha
- 47 Guarantee of service excellence
Helena Dahne, Alexandra Vanti
- 57 Humanization in action: sensitizing professionals to the humanization process
Antônio Joesting Siedler, Dirce Stein Backes, Inês Munari Palomino, Margarete Bicca Lemos, Olinda Prestes
- 65 Humanization: option or condition in the contemporary society
Maria Isabel Barros Bellini
- 71 The medical care quality to the Hospital Cristo Redentor patients
Francinete Fabiane Menegazzo Oneda, Juliana Andreis Sabbbi, Lilian Vanz
- 79 Humanizassus: a collective project
Eduardo Mendes Ribeiro
- 87 Nursing home care
Equipe de Internação Domiciliar do Hospital Dom João Becker
- 93 Hospital play room: rescue of the playful pulse
Gladis Salete Marafon Rodegheri
- 105 The humanized care of psychiatric patients In general hospitals
Jacqueline Fátima Trevisan, Eugélia Wolmann, Edmundo Berni Reategui
- 109 The inpatient as a person or a thing
Délio José Kipper
- 113 Hug project: a FAU-HE/UFPEL social project promoting life quality of pelotas community
Tânia Lais Brizola, Luiz Vicente Borsa Aquino, Vanessa Andina Teixeira
- 119 Humanization project of the "Hospital São Lucas - PUC/RS" pediatric admission linked to the child and adolescent rights commission and hospital care
Maria Estelita Gil, Délio José Kipper, Magda Suzana Ferreira
- 125 A Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS
Secretaria Estadual de Saúde
- 131 Política e Normas Editoriais

EDITORIAL

Como pode ser notado, continuamos no lento e gradual processo de regularização de nossas edições, no propósito de voltarmos à indexação de nossa revista. Mais do que as modificações na apresentação e no visual de nosso Boletim da Saúde, caminhamos firmemente para a consolidação de um excelente Conselho Editorial, bem como na qualificação de nosso corpo técnico. Agora, todos os que trabalham na elaboração da revista são servidores concursados do quadro da Secretaria, na expectativa de que esta formatação permita a continuidade do trabalho em futuras administrações, sem as lamentáveis suspensões ocorridas em gestões passadas.

Outro aspecto que merece esclarecimento é no que se refere a este terceiro número temático. A Política Nacional de Humanização do SUS, no plano Federal, e a Política de Humanização da Assistência à Saúde, no plano estadual, complementam-se, na perspectiva de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas que o acesso aos serviços, em um quadro de extrema desigualdade socioeconômica, que ainda caracteriza nosso País, acaba por permitir que a responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permaneça com graves lacunas. A este quadro, no dizer de Gastão Wagner de Souza Campos, quando do lançamento do HumanizaSUS, acrescenta-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento em um processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários. Na busca

da construção das mudanças necessárias neste perfil descrito ainda em 2003, é que se procura, em todas as esferas de governo, a construção de um Sistema comprometido com a humanização, fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva, e que ultrapasse a idéia de que seria mais um "programa de governo".

No plano estadual, a PHAS, coordenada pela Escola de Saúde Pública (ESP), tem demonstrado força e pioneirismo no avanço de medidas concretas de melhoria na humanização do sistema. Neste curto período, foram criados Comitês Regionais de Humanização que cobrem todo o estado, com 250 grupos de trabalho constituídos, foram capacitadas mais de 3000 pessoas, e os temas referentes à proposta foram incluídos no currículo dos cursos da ESP, inclusive nos de pós-graduação. Com uma proposta de promover parcerias entre os diversos segmentos que constituem o Sistema de Saúde e corresponsabilização de gestores, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e usuários, a PHAS tem conseguido dar maior visibilidade ao SUS que dá certo.

Este número especial é parte do esforço de todos no processo de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão do sistema e do fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade, com alta conectividade, e um modo cooperativo e solidário de implementar o Sistema Único de Saúde, com autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos que o constroem no dia a dia.

O EDITOR

EDITORIAL

As it can be noticed, we continue in the gradual and slow process of regulating our editions, aiming at coming back to the indexation of our Journal. More than the changes of our Journal of Health presentation and graphic layout, we are firmly advancing toward the consolidation of an excellent Editorial Board, as well as the qualification of our technical staff. Now, all the ones who work with the Journal development are part of the State Health Office selected workers, expecting this layout allows the work continuity in the future, without the unfortunate interruptions occurred during the last managements.

Another aspect, which deserves elucidation, is related to this third thematic edition. The SUS National Humanization Policy, at federal level, and the Humanization Policy of Health Assistance, at state level, complete one another, as to the perspective that health is everybody's right and a State duty, but the access to the services, within an extremely unbalanced socioeconomic scenery, which is still a characteristic of our country, allows that the responsibility of following up the needs of each user still has serious problems. At the launching of the 'HumanizaSUS Program', according to Gastão Wagner de Souza Campos, to this situation, it is added the health workers depreciation, significant precariousness of working relations, low investments in a permanent qualification process of such worker, the little participation in the services management and the fragile link with the users. In the search of building the necessary changes to this layout, already described in 2003, within all the government departments, we aim at the construction of a System

compromised with the humanization, strengthened in its democratic and collective agreement process, surpassing the idea of being only one more "Government Program".

At the state level, Humanization Plan of Health Assistance - PHAS, coordinated by the Public Health School - Escola de Saúde Pública (ESP), has shown strength and pioneering at the advance of concrete measures for the improvement at the system humanization. Within this short term, Regional Humanization Committees were created, covering all the state with 250 working groups, where more than 3000 people were trained, and the themes as to the proposal were included in the ESP courses, including the graduation ones. As a proposal to promote partnerships among the different segments forming the Health System and the co-responsibilization of managers, health workers, service renderers and users, the PHAS can have given more visibility to the Unique Health Plan - SUS which has been successful.

This special edition is part of the effort of all those making part of the valuation process of the subjective and social dimension in all the attention and management practices of the system and the strengthening of multiprofessional team work, stimulating the transdisciplinarity, with high connectivity and a cooperative and solidary way of implementing the Unique Health System - SUS, with autonomy and leadership of collective subjects building it daily.

THE EDITOR

APRESENTAÇÃO

O termo humanização nos remete a algumas reflexões sobre outros aspectos correlatos que dão sentido e justifica o seu emprego. A necessidade de humanizar alguma coisa parte do pressuposto de que esta mesma coisa pode, em um dado momento, estar desumanizada. Se buscarmos seu contexto na humanização do atendimento na saúde, poderemos notar que sua origem se dá no sentimento inato das pessoas em praticar o bem e a caridade. Também remete à necessidade de resgate de um atendimento humanizado, focando a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção. Situações extremas, como as vividas durante as guerras, mostram como o desamor e o pouco valor à vida podem ocorrer em determinadas situações, como nos campos de concentração, ou nos guetos, onde a supressão dos direitos mínimos acontecia impunemente. Se fizermos uma volta à origem do atendimento em saúde, veremos que os hospitais, inicialmente, foram construídos para acolher os inválidos, carentes e vitimados das guerras. Não existia, a princípio, uma conotação precipua de atendimento médico. Segundo Foucault, esta forma de atendimento representaria uma espécie de segregação social, onde as classes menos favorecidas teriam algum tipo de ajuda oferecida geralmente por instituições religiosas, e não "contaminariam" as classes mais diferenciadas, que podiam pagar seus atendimentos em nível domiciliar. Este aparente paradoxo entre a caridade e a exclusão persistiu até que o avanço tecnológico obrigou aos profissionais a procurarem os hospitais, já que, nestes, o conhecimento e a ciência se desenvolviam. Já no início do século XX, esta necessidade começou a se tornar evidente e necessária, surgindo, então, a figura do superespecialista - aquele que sabia cada vez mais do cada vez menos, situação esta que persistiu até os dias de hoje. No entanto, à medida que esta especialização imposta pela circunstância do avanço tecnológico e científico acontecia, acontecia, também, a fragmentação da atenção. O paciente começou a ser tratado aos pedaços. Perdeu-se a noção da integralidade da atenção e do próprio paciente. Surgiram os traumatologistas, os cardiologistas, os

dermatologistas, entre outros. Contudo, embora o agregar de conhecimento propiciasse resultados interessantes nos indicadores de saúde, também levava a um processo de desumanização crescente, além de a um vertiginoso aumento dos custos. Começou a surgir um cenário de fragmentação do atendimento e uma inviabilidade de sustentação na manutenção da assistência no ritmo vertiginoso que a evolução e o progresso da ciência determinava. Esta situação determinou um ponto de desequilíbrio no sistema. Surge, então, uma nova proposta de atendimento que resgatasse a integralidade, a universalidade, a gratuidade da atenção: o SUS. Com ele, surge também a necessidade de outras alternativas de atendimento, como o médico de família e o atendimento por equipe multidisciplinar bem como a participação de outros atores que, até então, não tinham como expressar suas vontades, começando a atuar na figura da representação social e das comunidades. O resgate da dignidade da atenção tanto em nível hospitalar como ambulatorial começa a se organizar com força e com resultados interessantes em vários locais. No Estado do Rio Grande do Sul, este momento foi incorporado aos programas da Secretaria da Saúde, através da Escola de Saúde Pública. Esta iniciativa propiciou o surgimento de um fórum de discussão e troca de experiências de forma fantástica. Com o trabalho de alguns meses, foi possível arremontar um verdadeiro exército de pessoas que se preocupam com o tema e dedicam um pouco de seu tempo para contribuir com o esforço de humanizar o atendimento à saúde de suas comunidades. As expectativas foram extrapoladas muitas vezes, e o entusiasmo que se verifica quando, nos encontros realizados, os grupos podem mostrar as iniciativas e trabalhos desenvolvidos em suas comunidades. Esta edição procura resgatar e registrar um pouco deste grande trabalho que está sendo desenvolvido no estado do Rio Grande do Sul e que, certamente, determinará uma mudança de paradigmas e formas de fazer saúde com dignidade, qualidade e eficiência.

DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

PRESENTATION

The word humanization sends us to some reflections on other correlated aspects, which give meaning and justify its utilization. The need to humanize something assumes that this thing, in a certain moment, can not be humanized. If we look for its context in the health service humanization, we can notice that its origin comes from the innate feeling of people to do good and charity. It also sends to the need of rescuing a humanized welcome, focusing the people's dignity in situations they need care or attention. Extreme situations, as the ones lived during the wars, show how the disaffection and the little value for life may occur in determined situations, as in concentration camps or in ghettos, where the suppression of the minimal rights would happen unpunishably. If we came back to the origin of health system, we would see that, at the beginning, the hospitals were built to shelter the disabled, the poor, and the war victims. At the beginning, there wasn't a prime connotation of medical service. According to Foucault, this way of service would represent a kind of social segregation, where the less favored social classes would have some kind of help generally offered by religious institutions, and would not contaminate the higher social classes, which could pay for the health services at home. Such apparent paradox between charity and exclusion had persisted until the technological advance made the professionals look for hospitals, since at these places knowledge and science were being developed. At the beginning of the 20th., Century, such a need became evident and necessary, arousing the superspecialists - the ones who knew more and more about the less and less. Such a situation has continued up to now. However, as such specialization imposed by the technological and scientific advance happened, it also happened the attention fragmentation. The patient began to be treated in pieces. It was not the notion of attention integrality and the patient himself. The traumatologists, the cardiologists, the dermatologists, among others

appeared. Nevertheless, although aggregating knowledge propitiated interesting results at the health indicators, it also brought to an increasing unhumanization, besides a vertiginous increase of costs. It began to arouse a picture of service fragmentation and a sustentation unfeasibility for the maintenance of assistance at the vertiginous rhythm the evolution and the science progress determined. This situation determined an unbalanced point at the system. Then, it appears a new proposal of health service, which could rescue the integrality, the universality, and the attention gratuitousness: the Unique Health System - SUS. With it, it also appears the need of other alternatives of health service: the family doctor and the multidisciplinary team service as well as the participation of other actors who, until then, haven't had a way to show their desires, becoming to act as a social and community representatives. The rescue of attention dignity both at hospital and ambulatory level has begun to be strongly organized, with interesting results in many places. In Rio Grande do Sul state, this moment was incorporated to the programs of the State Health Office, through the Public Health School. This initiative has propitiated the fantastic appearance of a discussion forum and experiences exchange . With the work during some months, it was possible to regiment a true team of people who are worried with the theme, and give some of their time to contribute with the effort of humanizing the health service of their communities. Many times, the expectations were extrapolated, and the enthusiasm noticed when, during the meetings performed, the groups could show the initiatives and works developed within their communities. This edition intends to rescue and register some of this great work which has been developing within the Rio Grande do Sul state and that, for sure, will determine the paradigm changes and ways of performing health with dignity, quality and efficiency.

HEAD OF THE PUBLIC HEALTH SCHOOL

HUMANIZASAÚDE: DIFERENCIAL DO ATENDIMENTO NA SAÚDE

HUMANIZASAÚDE: THE DIFFERENCE ON HEALTH CARE

Décio Ignácio Angnes

Administrador Hospitalar, professor da ESP-SES/RS. Coordenador da Política da Humanização da Assistência à Saúde - PHAS da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul - SES/RS.
Coordenador Administrativo da Rede de Observatório de Recursos Humanos - RS
E-mail: decioagnes@ibest.com.br.

RESUMO

Trata da construção e implementação da Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Apresentaremos o impacto que a implantação da PHAS produziu para profissionais e usuários, a metodologia de implantação e a motivação decorrente da possibilidade em tornar visíveis as mais variadas ações de humanização em desenvolvimento. Mostraremos, também, as diferentes etapas na construção do processo de humanização, bem como a consolidação de espaços que dão visibilidade ao SUS que dá certo.

PALAVRAS-CHAVE

Assistência à saúde, humanização.

ABSTRACT

It is about the construction and implementation of the Health Care Humanization Policy (PHAS) by the Rio Grande do Sul State Health Department. We will show the PHAS implementation impact on professionals and users, this implementation and motivation methodology arising out of the possibility of making visible the various developing humanization actions. We will also show the different steps in the construction of the humanization process, as well as the consolidation spaces, which enhance the SUS that is successful.

KEY WORDS

Health assistance, Humanization.

INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, o termo “humanização” tomou contornos inimagináveis, pautando as discussões no campo da saúde, pois define ações que valorizam e qualificam a prestação de serviços de saúde. Este movimento “Humanizador” ganha maior visibilidade quando, em maio de 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e, também no mesmo ano, é tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde. O PNHAH, substituído pela Política Nacional de Humanização, em 2003, é justificado por um diagnóstico que mostra a insatisfação dos usuários quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde.

[...] na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de medicação, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (BRASIL apud DESLANDES, 2004, p. 9).

No Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde constituiu a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) em consonância com a Política Nacional de Hu-

manização (PNH), que propõe “interagir com todas as instâncias da rede SUS, articulando as ações de humanização, co-responsabilizando todos os atores envolvidos na direção de consolidar o SUS como direito universal à saúde com qualidade” (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 7).

A PHAS-SES/RS encontra eco nas Conferências Municipais de Saúde, em 2003, que definiram, com 38% das indicações no quesito capacitações, o tema relações entre profissionais e usuários – humanização, a ser desenvolvido nas capacitações dos profissionais do SUS pela Escola de Saúde Pública – (ESP/SES-RS). Desta forma, a Política de Humanização da Assistência à Saúde propõe práticas de saúde que garantam mais do que o acesso aos bens e serviços, mas sim que:

Essas práticas profissionais norteadas pela dimensão ético-política devem enfatizar o conhecimento técnico-científico, as vivências cotidianas que incidem nas especificidades sociais e culturais de cada espaço, nas experiências dos sujeitos, suas crenças, estilos de vida e subjetividade. (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 5).

É neste contexto que, sob a coordenação da Escola de Saúde Pública, passa a ser desenvolvida, no Rio Grande do Sul, a Política de Humanização da Assistência à Saúde,

inicialmente focando a rede hospitalar, onde cerca de três dezenas de equipes de humanização dos hospitais integrantes do PNHAH já acumulam experiências. No decorrer de 2004, verifica-se a adesão de quase três centenas de hospitais vinculados ao Programa Parceria Resolve da SES/RS, quando é formalizada a constituição de mais de duzentos Grupos de Trabalho de Humanização.

se constituem num dos seguimentos imprescindíveis no desenvolvimento da PHAS.

GTHS – MULTIPLICADORES NAS INSTITUIÇÕES

Os Grupos de Trabalho de Humanização foram formados, a partir do lançamento da PHAS,

TABELA 1 – NÚMERO DE PARTICIPANTES POR EVENTO PROMOVIDO PELA PHAS

ESPEC.	LANÇAMENTO (19CRS)	I OFICINA (19CRS)	I ENC. (7REG)	II OFICINA (19CRS)	II ENC. (7REG)	ENCONT. ESTADUAL	TOTAL
Participantes	399	611	573	629	397	396	3.043
Instit. Repres.	247	223	223	266	193	144	#

Fonte: Dados HCR

MUDANÇA DE CULTURA

A Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS foi desenvolvida durante o ano de 2003/2004, focando, principalmente, a rede hospitalar, e o desafio inicial que se colocava era: qual o entendimento de humanização, pois o que a PHAS propõe é uma nova prática de saúde, ou seja, ver o sujeito na sua totalidade e não como um corpo ou a fragmentação deste, sem que este seja sujeito na produção de saúde. Muitas vezes, é denominado como humanização um quarto pintado ou um quadro na parede, quando deve ser visto como,

[...] um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e pacientes para melhorar as condições de trabalho e qualidade do atendimento (FAIMAN et al., 2003).

Com o objetivo de promover uma reflexão quanto ao conceito de humanização, foram realizadas oficinas nas dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde, com os Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) formados pelos hospitais, que

em novembro de 2003, para os dirigentes dos hospitais, para os quais foram apresentados os princípios e diretrizes propostos para o desenvolvimento do processo de humanização. Deste encontro, resultaram a formação de 204 GTHs, formados com, no mínimo, as representações dos profissionais propostos no documento base da PHAS, ou seja, com a representação da direção, representante da área médica, representante das chefias dos setores/serviços, representante dos técnico-científicos e representante do pessoal de apoio. Como a humanização é um processo de inclusão e não de exclusão, a grande maioria dos GTHs constituiu-se com mais integrantes do que o mínimo recomendado.

Os GTHs assumem importância fundamental no desenvolvimento da PHAS, nos seus locais de trabalho, pois estes são os multiplicadores deste processo e que desenvolverão as ações de humanização. Porém, era necessário entender o significado dos GTHs, que são definidos como “espaços coletivos, organizados, participativos e democráticos, que se destinam a instaurar uma política institucional de resgate

da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde” (RIO GRANDE DO SUL, f.11, 2004).

Atualmente, os 204 Grupos de Trabalho de Humanização constituídos totalizam 1.530 profissionais de saúde, diretamente comprometidos com o desenvolvimento da humanização nas instituições hospitalares no RS, tendo, estes, a atribuição de liderar a construção do processo de humanização nas instituições; traçar as estratégias de comunicação; avaliar projetos quanto ao enfoque humanizador, considerando os parâmetros da PHAS; estabelecer parcerias; promover a interação com os gestores municipais; coordenar o voluntariado, entre outros.

A DESCENTRALIZAÇÃO DA PHAS

A PHAS tem constituído as suas instâncias de desenvolvimento, que visam à descentralização, considerando as especificidades de cada região, pois, “desta forma, busca-se garantir o respeito às características regionais e à organização ética do SUS” (HumanizaSAÚDE, 2003). Estas instâncias de discussão, planejamento, acompanhamento e proposição são fundamentais e serão constituídas de Comitê Estadual de Humanização, Comitês Regionais de Humanização e Comitês Municipais de Humanização, conforme definido na PHAS.

Os diferentes atores que compõe o Sistema Único de Saúde – SUS estão representados no Comitê Estadual formado no início de 2004, que fica assim constituído: representante do Conselho Estadual de Saúde; representante da Escola de Saúde Pública; representante da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde; representante do Departamento de Assistência Hospitalar Ambulatorial; representante do Ministério da Saúde e repre-

sentante do Departamento de Coordenação das Regionais de Saúde.

Também, durante o ano de 2004, foram constituídos os dezenove Comitês Regionais de Humanização, garantindo a descentralização, e que tem, na sua composição, representante dos hospitais referenciais; representante das Coordenadorias Regionais de Saúde; representante do Conselho Regional de Saúde e da Associação dos Secretários e dirigentes municipais de saúde.

Os Comitês Municipais de Humanização estão em fase de estruturação, e é, neste momento, que a rede básica na prestação de serviços de saúde passa a desenvolver a PHAS, constituindo-se, assim, na política que perpassa todo o Sistema Único de Saúde.

ENCONTROS DA PHAS COMO DIFERENCIAL

O desenvolvimento da PHAS seguiu o princípio da descentralização, cuja agenda previu oficinas regionais (realizadas 38, em 2004), encontros microrregionais (realizados 14, em 2004) e encontros estaduais (realizado um, em 2004), sendo que o planejamento do segundo semestre de 2004 foi realizado juntamente com os Comitês Regionais de Humanização, no I Encontro Estadual destes, garantindo assim a “corresponsabilidade de todos os atores”, (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 7). A primeira oficina, realizada nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, com os Grupos de Trabalho de Humanização – GTHs, teve como tema “Como implantar o processo de humanização”, ocasião em que foram abordados os passos a serem desenvolvidos para orientar a construção da PHAS, que consiste na sensibilização da gestão e do staff funcional para o processo de humanização, na consolidação do GTHs como referência da humanização, na realização de avalia-

ção situacional, enfocando os projetos em desenvolvimento e situações de conflitos, na proposição de ações de melhoria e do acompanhamento dos resultados. Nestes encontros, também foram discutidos os parâmetros de humanização, pois é fundamental, no desenvolvimento do processo, avaliar, de forma coletiva, se as ações propostas promovem a humanização do atendimento aos usuários e das condições de trabalho dos profissionais, pois “é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização” (Rio Grande do Sul, 2004). A construção desta cultura pressupõe a participação de todos durante a discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas, e é sempre bom lembrar que “humanizar é verbo pessoal e intransferível, pois ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante” (RIO GRANDE DO SUL, p. 5, 2004).

Porém, quando falamos de humanização e do desenvolvimento de seu processo de construção, é bom lembrar que este não pressupõe a tolerância frente a absurdos praticados na prestação de serviços de saúde ou a falta de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades dos profissionais em nome de uma pretensa “humanização”. É importante que lembremos que humanização também pressupõe que não podemos perder o poder da indignação frente a estas situações.

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DOS TEMAS APRESENTADOS NOS ENCONTROS DA PHAS

ESPEC.	BOM	RUIM	NÃO RESPONDEU
Pertinência dos temas	97,8%	0,5%	1,8%

A agenda de encontros de 2004 abordou diversos temas que atenderam a sugestões dos participantes, tais como: rede – estratégias de articulação; indicadores – mecanismos de mo-

nitoramento e avaliação; PHAS e PNH; regimento da PHAS, entre outros, o que garantiu o interesse e a participação, bem como a aprovação.

VOLUNTARIADO: REALIZAÇÃO DO SER HUMANO

“O homem é feito de sonhos, ideais, e compromissos” (CAMARGO, [200-?]).

O trabalho voluntário tem conquistado cada vez mais visibilidade e respeito, e é cada vez maior o número de pessoas que participam de ações que têm, por objetivo principal, a defesa de uma causa, de um princípio, de um ideal, visando ao bem coletivo. Quando desenvolvido de forma organizada, com critérios e objetivos claros, o trabalho voluntário significa uma fonte de recursos e competências qualificadas, além de promover a participação direta da comunidade no desenvolvimento do processo de humanização, já que “pode responder com mais visibilidade e credibilidade às necessidades e expectativas dos usuários” (Manual PHAS-2004).

Contudo, é necessário, ainda, superar preconceitos quanto ao voluntariado. Isto irá acontecer com a divulgação de experiências exitosas e a integração dos voluntários e dos Grupos de Trabalho de Humanização e das instituições prestadoras de serviços de saúde para gerenciar adequadamente o potencial do trabalho voluntário.

No Rio Grande de Sul, são diversas as instituições nas quais encontramos experiências bem sucedidas de voluntariado, que vão desde a confecção de materiais e/ou recursos, participação em programas, projetos das instituições, ou o inverso, à integração dos profissionais de saúde em ações da comunidade, onde disponibilizam seus conhecimen-

tos em orientações, palestras e campanhas educacionais. Experiências exitosas, que mostram como, por exemplo, a diminuição do tempo médio de internação, decorrente do trabalho voluntário desenvolvido por profissionais da saúde e professores da rede escolar, cuja ação consiste na visita do professor, quando da internação do aluno, com o objetivo de mantê-lo atualizado e com vínculo com sua rede social, assim como a redução de doenças sexualmente transmissíveis, decorrentes das orientações e palestras realizadas pelos profissionais de saúde em escolas, conforme agenda estabelecida pelos mesmos.

São experiências como esta que motivam e dão novo ânimo, e que nos remetem a uma profunda reflexão quanto à substituição de atribuições por contribuições, sem considerar que é, em ações de voluntariado, que podemos retribuir um pouco do tanto que a vida nos oferece.

HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO – FATOR DE TRANSFORMAÇÃO

A humanização dos serviços de saúde, da atenção aos usuários, do trabalho dos profissionais é discutida permanentemente. É necessário que se promova uma profunda discussão quanto à formação dos futuros profissionais de saúde, pois é necessário, além da formação técnica, imprescindível para a prestação de serviços de saúde, preparar estes futuros profissionais para um novo olhar sobre a produção do cuidado em saúde, onde o paciente não seja visto de forma fragmentada, negando sua subjetividade, ou seja, é necessário “desenvolver a sensibilidade dos profissionais da saúde para conhecer melhor a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a aceitação e a compreensão da doença” (BACKES, 2004, f. 23).

É neste contexto, e baseada num dos princípios da Política de Humanização da Assistência à Saúde, de propor novas ações que visem à humanização do Sistema Único de Saúde – SUS, que a Escola de Saúde Pública, coordenadora da PHAS no RS, e também responsável pela capacitação dos recursos humanos da saúde da Secretaria Estadual da Saúde, tomou a iniciativa, em 2004, no sentido de promover uma reavaliação do conteúdo curricular dos seus cursos de formação técnica, objetivando a inclusão do tema humanização, sendo, assim, pioneira nesta proposição, acreditando que a construção de uma cultura de humanização dos serviços de saúde deve começar no preparo dos profissionais ainda na formação técnico/acadêmica.

CONCLUSÃO

Ao participar da construção do processo de implantação e implementação da PHAS-RS, acompanhando o desenvolvimento de todas as etapas, desde a proposição pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, até o presente momento, que, como coordenador da PHAS no RS, estamos convencidos de que a Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS/SES-RS, ao propor um novo olhar na produção de saúde, convidando e comprometendo todos os atores que compõe o Sistema Único de saúde – SUS e visando à construção deste processo de forma descentralizada, assume definitivamente o caráter de ser uma política que perpassa todo o sistema de saúde, estimulando a discussão e a proposição de soluções para os problemas enfrentados na construção de um Sistema Único de Saúde que garanta seus princípios de equidade, integralidade e universalidade.

Os princípios da PHAS de apoiar, incentivar e propor ações de humanização são fato-

res de integração entre profissionais, usuários e gestores, uma vez que já tem consolidado um espaço no sentido de dar visibilidade ao SUS que dá certo, fato que leva ao reconhecimento e à valorização das instituições prestadoras de serviços de saúde e dos profissionais de saúde que desenvolvem ações de humanização bem sucedidas, motivando, assim, a todos, à construção de uma política que qualifique a prestação dos serviços de saúde em benefício de todos.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. 2003. 43 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - PNH** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004. 56p.

CAMARGO, Z. A minha história. Intérprete: Zezé Di Camargo. In: CAMARGO, Z.; LUCIANO. Manaus: Sony, [200-?]. 1 CD. Faixa 1.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FAIMAN, C. S. et al. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p.248-253, abr./jun. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **HumanizaSAÚDE**: Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21p.

_____. **HumanizaSAÚDE**: manual: Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2004. 21p.

ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO: PROPOSTA DE MUDANÇA NA RECEPÇÃO AOS USUÁRIOS DO SETOR DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO (HMNH)

WELCOMING AND HUMANIZATION: CHANGE PROPOSITION AT THE USERS' RECEPTION IN THE EMERGENCY ROOM OF THE HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO

Elizabeth Azeredo Andrade

Especialista em Metodologia do Ensino Superior e em Saúde Comunitária. Enfermeira-chefe do Hospital Municipal de Novo Hamburgo e enfermeira do Hospital Getúlio Vargas de Estância Velha

Tagma Marina Schneider Donelli

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento. Especialista em Psicologia Hospitalar, doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Psicóloga do Hospital Municipal de Novo Hamburgo

Instituição: Hospital Municipal de Novo Hamburgo
Avenida Pedro Adams Filho, 6520 - Bairro Operário
Novo Hamburgo - RS - Brasil CEP 93310-003
Fone/fax: (51) 593-11-66
E-mail: bebeth@terra.com.br

RESUMO

Sabe-se que os serviços de urgência e emergência dos hospitais, além de serem a porta de entrada da instituição, são grandes consumidores de recursos humanos e materiais. Pensando nisso, e na necessidade de reformular o atendimento no setor, buscando a satisfação de usuários e de profissionais, criou-se um projeto baseado nos conceitos de humanização, acolhimento e triagem. Este trabalho visou a reduzir o tempo de espera e a priorizar o atendimento através de avaliação de risco. Seus resultados indicam a importância da iniciativa, premiada com Menção Honrosa no Prêmio Nacional David Capistrano - 2004, uma iniciativa do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização, serviço hospitalar de emergência.

ABSTRACT

It's known that the emergency room in hospitals, besides being the "entrance door" of the institution, it is a great consumer of human and material resources. Thinking about such matter and about the need of reformulating the service in this sector, aiming at the users and professionals' satisfaction, it was created a project based on the concepts of humanization, welcome and screening. This work aimed at shortening the waiting time and prioritizing the medical attention with the risk evaluation.. The results show the importance of the initiative, which was awarded an Honorable Mention from the David Capistrano National Prize- 2004, a program of the National Health and Humanization Policy Department and - HumanizaSUS

KEY WORDS

Humanization, hospital emergency room.

INTRODUÇÃO

O município de Novo Hamburgo possui uma população de 250.000 mil habitantes, e o HMNH é o único hospital do SUS na cidade. Além da população de Novo Hamburgo, a instituição é referência em traumatologia, neurologia e UTI neonatal para os municípios de Estância Velha, Sapiranga, Campo Bom, Ivoti, Dois Irmãos e Nova Petrópolis.

O Setor de Emergência e Urgência é formado pela sala de emergência, com capacidade para 08 pacientes, setor de observação, com 11 leitos, 01 isolamento, consultório para traumatologia, clínica e pediatria (com consultas à noite e finais de semana – sem internação), observação pediátrica, sala de medicação, sala de procedimentos contaminados e uma sala de pequenos procedimentos cirúrgicos.

O Hospital dispõe de 10 leitos de UTI adulto, UTI Neonatal e 100 leitos credenciados pelo SUS. Serve de estágio a diversos cursos da área da saúde, desempenhando um papel importante na formação acadêmica de estudantes de enfermagem, fisioterapia e nutrição. Semestralmente, entre estagiários de cursos técnicos e de graduação, passam aproximadamente 200 alunos pelo HMNH.

O funcionamento do Serviço de Emergência/Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante. Por múltiplas razões, os Serviços Emergência/Urgência têm se transfor-

mado na porta da entrada do sistema de saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros.

Anualmente, verifica-se o crescimento da procura por serviços de emergência/urgência, sendo que aproximadamente 40% destes atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados de urgência. Conseqüentemente, existe o desvio de recursos humanos e privação do atendimento àqueles que realmente necessitam, o que pode causar um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados.

Os doentes, que recorrem indevidamente a este serviço, recebem, em parte, atendimento inadequado por:

- Impossibilidade de abordagem global ao doente;
- Dificuldade no controle de doenças crônicas;
- Impossibilidade de construir uma relação funcional médico-paciente;
- Dificuldade de abordar o paciente com múltiplas patologias.

Para os serviços de saúde, tal fato implica uma redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas adequadas às reais necessidades da população.

Apesar do conhecimento do problema e da freqüente discussão empreendida pelos diversos setores e profissionais da saúde, pouco se

tem conseguido ou avançado, parecendo inexorável o agravamento do problema. Já que o problema existe, o que o Hospital Municipal de Novo Hamburgo buscou, foram formas de melhor administrá-lo e de diminuir a interferência do mesmo na qualidade da assistência. Frente a isto, foi proposta a implantação de um modelo de recepção, acolhimento e triagem de prioridade que hierarquizasse o tempo de atendimento e, ao mesmo, lhe conferisse um caráter humano. Porque a dimensão humana é subjetiva, ela está na base de toda intervenção de saúde, da mais simples à mais complexa, e tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelo hospital.

É preciso mudar a forma como os hospitais se posicionam frente ao seu principal objetivo de trabalho – a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença – sem o que, valerão menos os esforços para aperfeiçoamento gerencial, financeiro e tecnológico das organizações de saúde. Existem investimentos para melhoria da gestão, para compra de equipamento e tecnologia. Entretanto, é isto que a história nos ensina: a mais formidável tecnologia, sem ética, sem delicadeza, não produz bem-estar. Muitas vezes, desertifica o homem.

A elaboração desta proposta de trabalho está fundamentada nos conceitos de cidadania, humanização e acolhimento. Entendemos que a busca de uma assistência qualificada deve ser baseada na realidade, e a proposta do Hospital Municipal de Novo Hamburgo partiu da rotina diária dos serviços. Buscaram-se alternativas aos problemas identificados, com soluções práticas, objetivas e humanizadas, que atendessem às reais necessidades da população.

Agilizar e organizar o serviço não significa, apenas, estabelecer normas, mas estabelecer uma relação humanizada com os usuários, satisfazendo as suas necessidades de forma cordial e ética.

Ao mesmo tempo, buscou-se a satisfação dos profissionais pelo seu exercício profissional, valorização e reconhecimento.

Um modelo apenas não satisfaria o que se pretendia. Portanto, usaram-se os modelos de acolhimento, humanização e triagem por acreditar que este seria o caminho para atingir os objetivos.

JUSTIFICATIVA

A desumanidade é uma marca da sociedade moderna: nunca se viram tanta insensibilidade, violência, desrespeito, impunidade, e tantas injustiças a afetar a condição humana. Os profissionais da saúde são testemunhas oculares destes fatos num serviço de emergência. Lida-se cotidianamente com vida e morte, dor e prazer, ou seja, contradições.

Vê-se o homem sendo ultrajado em seus direitos e, ao mesmo tempo, sendo negligente com seus valores e no modo de agir com seus semelhantes na assistência à saúde. Frente ao exposto, é feito diariamente o mesmo questionamento: o que se tem feito para mudar?

As mudanças não ocorrem repentinamente, nem por decreto governamental. Para construir um mundo melhor, não se pode viver sob o lema “deitado eternamente em berço esplêndido”, aguardando a banda passar.

Parafrazeando Paulo Freire, é importante frisar que só estaremos mudando esta história se, a partir da própria história, for possível reinventar o aprendizado e aplicá-lo em situações reais e concretas.

Levando em consideração o baixo nível de satisfação dos usuários com os serviços oferecidos pelo Setor de Emergência/Urgência, a frustração dos profissionais e a necessidade de reformular a forma de atendimento, foi proposto este projeto.

OBJETIVOS

Geral

- Acolher todo cidadão que busque atendimento no HMNH, aprimorando e melhorando o atendimento e dando qualidade à identificação imediata do problema apresentado pelo usuário.

Específicos

- Organizar a ordem de atendimento;
- Qualificar a relação usuário-trabalhador, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania;
- Acompanhar o usuário-cliente nas diversas etapas do atendimento;
- Prestar informações a familiares, sempre que solicitado, ou conforme estabelecido pelo projeto, de forma respeitosa e clara, objetivando diminuir a ansiedade, a angústia e o sofrimento na sala de espera;
- Educar, através da orientação sobre a necessidade daquele usuário que buscou o setor de emergência, sobre a possibilidade de acompanhamento na UBS, dos benefícios desta prática para sua saúde, das finalidades dos serviços de urgência/emergência e todos esclarecimentos necessários para o usuário paciente e familiar;
- Facilitar seu ingresso no sistema de saúde quando necessário, agendando consulta para acompanhamento na UBS próxima de sua casa, num prazo a ser determinado pelo médico;
- Prestar orientação pós-consulta sobre medicação, exames, acompanhamento por profissionais da saúde;

- Solucionar dúvidas do paciente e dos familiares no momento da alta;
- Promover o trabalho interdisciplinar, valorizando os profissionais da instituição;
- Exercer o efeito multiplicador na instituição, usando o projeto e seus resultados de modelo para a prática humanizada em todos os setores da instituição. É a humanização entrando no hospital pela recepção, e se expandindo para as unidades.

METODOLOGIA

Antes da implantação do projeto, foram realizadas reuniões do grupo técnico (enfermeiros e técnicos de enfermagem, coordenação da recepção e psicóloga), com o objetivo de encontrar maneiras de desenvolver um trabalho cooperativo e interdisciplinar. Em seguida, foi feito um trabalho de motivação da equipe e de zelo pelas relações interpessoais. Após, foi realizado treinamento sobre avaliação de risco, visando à classificação da prioridade nos problemas de saúde. Além disso, foram trabalhados os conceitos de humanização, comunicação, cidadania, liberdade e ética. E, finalmente, partiu-se para o conhecimento e ajustes na área física. As ações iniciais podem ser assim resumidas:

- Percepção de dificuldades nas assistências prestadas aos pacientes que chegam ao setor de emergência quando realizada apenas por uma categoria de profissionais;
- Avaliação da insatisfação do usuário;
- Ação inicial e elaboração do projeto;
- Trabalho de oficinas com participação da equipe, com uma proposta de construção de conceitos de humanização, que partiram da concepção do grupo envolvido no trabalho;
- Implantação do projeto.

O protocolo estabelece que a velocidade do atendimento é determinada pela gravidade do caso, em detrimento da ordem de chegada. Portanto, o atendimento é por gravidade e não por chegada. A seguir, são apresentados os passos seguidos pela equipe do acolhimento:

- Recepcionar o paciente e conduzi-lo de forma correta (deambulando, em cadeira de rodas ou em maca);
- Saber quais os sintomas iniciais e verificar sinais vitais, registrando-os (se não foi caracterizado como emergência, encaminhar paciente, deixando-o confortável aguardando a consulta, seja na sala de espera ou no consultório);
- Comunicar a equipe do setor sobre chegada do paciente, passando o caso. Ao chegar ao setor, o usuário é recebido pelo profissional de saúde – enfermeiro e técnico de enfermagem – que avalia qual a possibilidade de seu estado agravar-se em um período de duas horas, comunicando ao médico, que lhe atribui uma senha/cor:

Vermelho: Emergência - atendimento imediato no setor de emergência: dor torácica, TCE, queda de altura, perda de consciência, Insuficiência Respiratória Grave.

Laranja: Atendimento no período máximo de 10 minutos, no setor de emergência.

Amarelo: Atendimento em até 30 minutos.

Verde: Casos pouco urgentes, que podem ser atendidos num prazo de uma hora. Tosse e febre com história de 24 horas ou mais, pacientes seqüelados por diminuição de aceitação de VO e HGT em 80-100.

Azul: Serão atendidos num prazo de 01 a 02 horas, pois não é situação de urgência. Estes são os casos que deveriam buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e serão orientados para terem acompanhamento em UBS. Conforme necessidade, terão consulta agendada em UBS após o atendimento no Hospital: lombalgia crônica, suprimento de medicamentos, problemas dentários

Não é negado atendimento a nenhum usuário que busque atendimento no hospital, e tampouco é feito encaminhamento a outro local sem prestar atendimento. A necessidade de atendimento pode ser resumida:

Vermelho: imediato

Laranja: em até 10 minutos

Amarelo: em até 30 minutos

Verde: em até 01 hora

Azul: Prazo de 01 a 02 horas

- Caso ocorra a chegada de 2 (dois) pacientes ao mesmo tempo, seguir os passos descritos e comunicar médico, que determina a ordem do atendimento por prioridade.
- Manter diálogo com paciente e familiares na sala de espera, orientando-os sobre acompanhamento posterior e suas vantagens na UBS.
- Acompanhar o paciente passo a passo, desde sua entrada no setor até a conduta médica.
- Prestar informações aos familiares que aguardam na sala de espera sobre local em que está o paciente, se já recebeu atendimento, se aguarda exames, etc. Ser o elo de ligação paciente/família.
- Agendar consulta para o paciente na UBS mais próxima de sua residência,

caso necessite acompanhamento profissional após atendimento.

- Orientar quanto ao uso da medicação prescrita.
- Em caso de óbito, providenciar ambiente adequado e reservado para o médico comunicar aos familiares o ocorrido. Permitir a manifestação dos seus sentimentos.
- Coordenar a entrada dos familiares junto a portarias, no horário de visita.
- Realização de reuniões periódicas (no mínimo mensal), para avaliar o projeto e buscar a alternativa para melhorar o atendimento.

A metodologia utilizada é a participativa, e as decisões são tomadas em grupos. Nas reuniões, são discutidas avaliações dos usuários. Se houver problemas, buscar as prováveis causas para solucioná-los.

PÚBLICO ATENDIDO

A maioria dos atendimentos no setor de emergência do HMNH é por demanda espontânea dos pacientes e, entre estes, 1/3 referem habitualmente consultar no serviço de emergência. Outros referem falta de acesso ou dificuldade de acesso ao serviço adequado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e outras facilidades, como a de realizar prontamente os exames, ou a resolutibilidade do serviço. Os sintomas deste grupo são, geralmente, dor abdominal, dor torácica, cefaléia, tosse e, hipertermia e mal-estar.

O tempo de espera para a consulta não ultrapassa, em média, uma hora, mas a maioria é atendida nos primeiros 30 minutos desde a sua chegada no setor. Estas consultas costumam resultar em observação para aguardar resultados ou realizarem exames. A internação se dá com aproximadamente 10 a 30% dos pacientes que buscam o serviço.

Outros grupos são compostos daqueles encaminhados pelas UBSs e clínicas privadas, ou encaminhados por outros municípios para avaliação específicas de especialistas da Neurologia e Traumatologia.

As vítimas de acidentes ou FAF ou FAB são pelos bombeiros ou por serviços de resgates da iniciativa privada. Em menor número, há os trazidos pela Brigada Militar para exames de lesões corporais.

No ano de 2003, foram realizados, em média, 5.216 atendimentos no Setor de Urgência e Emergência.

Já entre os meses de janeiro e agosto de 2004, houve um incremento de aproximadamente 30%, totalizando uma média mensal de 6.539 atendimentos neste período.

RESULTADOS

Através da pesquisa de satisfação do usuário, obteve-se algumas respostas, especialmente em relação à melhoria da qualidade da assistência. Esta pesquisa era realizada antes da implantação do projeto, e, mensalmente, pôde-se observar a melhoria.

No item "Cordialidade e apresentação da equipe" da Recepção, o mês de julho do ano de 2003 revelou que 23% dos participantes da pesquisa atribuíram conceito "péssimo" para o setor. No mês de agosto do mesmo ano, ocorreu um decréscimo do conceito "ótimo" (de 23% para 10%), e o aumento dos conceitos "regular" (de 22% para 30%) e "péssimo" (de 23% para 30%). Já no mês de outubro de 2003, mês no qual o projeto foi implantado, o conceito "ótimo" voltou a crescer (de 10% para 19%), e houve uma melhora no conceito "péssimo", que decaiu de 30% para 19%. E o mês de novembro parece ter revelado os melhores resultados dos últimos meses de 2003, pois o conceito "péssimo" foi o mais baixo desde julho (apenas 11%). Já o conceito "bom" também foi o melhor dos últimos meses (35%).

Em relação à assistência de enfermagem, a avaliação do item “Cordialidade e apresentação da equipe” revelou que o mês de novembro novamente foi o de melhor desempenho: os conceitos “ótimo” e “bom” somam, juntos, 63% da opinião dos participantes.

Já em relação à assistência médica, percebeu-se uma queda no seu desempenho no mês de agosto, em comparação com o mês anterior: o conceito “ótimo” caiu de 33% para 13%, e o conceito “péssimo” aumentou de 15% para 25%. O desempenho do setor voltou a melhorar no mês de outubro, e apresentou excelente resultado no mês de novembro, em relação à cordialidade e apresentação da equipe: os conceitos “ótimo” e “bom” somaram, juntos, 71%.

No ano de 2004, percebeu-se um incremento gradativo nos níveis de satisfação do usuário. A Portaria e Recepção foram avaliada como “ótimas” e “boas” por mais de 50% dos participantes da pesquisa, tanto nos itens Cordialidade e Apresentação da Equipe e Agilidade no Atendimento, como no item Clareza nas Informações. A equipe de enfermagem também obteve resultados semelhantes, assim como a equipe médica, que foi avaliada como “ótima” e “boa” no item Qualidade da Assistência por mais de 60% dos usuários.

CONCLUSÃO

A partir da avaliação das pesquisas de satisfação dos usuários, tem-se o respaldo para dar continuidade ao projeto, considerando a mudança de opinião para melhor que houve depois de sua implantação. O HMNH vive, hoje, uma nova realidade, onde os diversos setores do hospital buscam, através de suas características, humanizar a assistência e o trabalho dos profissionais. Foram formados, espontaneamente, grupos que trabalham, no momento, na adequação dos espaços assistenciais com os mais diversos recur-

sos, a fim de criar um local de convivência para os pacientes e familiares.

A semente do projeto desenvolvido criou raízes e se expandiu por todos os setores do hospital. Os benefícios concretos estão aparecendo para todos: trabalhadores de saúde, usuários e gestores do sistema hospitalar.

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte de quem o atende não é apenas direito, mas contribui com uma etapa fundamental na conquista da cidadania.

Para o profissional do hospital, há a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, o sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde – realização pessoal, profissional e valorização.

Contudo não existem soluções mágicas, nem atalhos fáceis nesta caminhada, pois, com esta proposta, iniciou-se a mudança de um modelo assistencial para a construção do hospital humanizado. Será um processo gradual e complexo.

Será necessário transitar obstinadamente de uma forma a outra. Trocar velhos paradigmas por novos hábitos, exercer a criatividade e a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular.

Existe a participação dos gestores, seja pelo apoio ao projeto ou participação da avaliação do mesmo com a equipe. Percebe-se, por parte dos gestores, estímulo à continuidade das ações com a satisfação do usuário, proporcionando, assim, condições para corrigir problemas surgidos.

Este trabalho significa a construção de uma relação de diálogo entre companheiros e uma relação de muitas mãos. É o trabalho interdisciplinar e a construção de um espaço de recriação do trabalho em saúde, o melhor em um hospital. É a reconstrução da ética solidária do dia-a-dia do serviço de saúde, o que significa que não há saúde sem cidadania.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. **Igualdade e liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

CHAUÍ, Marilena. Notas sobre cultura popular. In: **Cultura e democracia**. São Paulo: Cortez, 1990.

LENIN, V. I. **O programa agrário da social democracia na primeira Revolução Russa de 1905-1907**. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

MACHADO, Maria Helena. **Profissionais de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Difel, 1982.

SINGER, Paul. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Moderna, 1989.

ASSISTÊNCIA PÓS-ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES COM CUIDADOS ESPECIAIS

POST-HOSPITAL DISCHARGE ASSISTANCE TO PATIENTS UNDER SPECIAL CARE

Liege Silveira Dutra

Enfermeira, especialista em Administração em Serviços de Enfermagem, chefe de enfermagem. Coordenadora do Projeto

Ana Flávia dos Santos

Enfermeira, especialista em Gestão de Recursos Humanos, chefe de Unidade.

Sueli Terezinha Werlang

Enfermeira, especialista em Administração Hospitalar, chefe do Centro de Tratamento Intensivo Cardiológico.

Instituição: Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo/RS.

Fone: (54) 316-4011

E-mail: liege@hsvp.com.br

RESUMO

Este projeto visa a melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, pois a visita domiciliar traz segurança, e esclarece dúvidas que aparecem após sua alta. Neste momento, pensamos cada vez mais na humanização do atendimento, e resolvemos ousar com este projeto, saindo dos limites da área física hospitalar, buscando diminuir, assim, as reinternações e conseqüentes emissões de Autorização para Internação Hospitalar. A visita domiciliar tornou-se indispensável na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que necessitam de cuidados especiais, e, para os enfermeiros que desenvolvem esta atividade, é muito gratificante a satisfação demonstrada pela família visitada.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados domiciliares de saúde, serviços hospitalares de assistência domiciliar.

ABSTRACT

This project aims at improving the patient and his/her family's life quality, for the home visit brings confidence and clarifies doubts, which can appear after his/her discharge. At the moment, we believe more and more in care humanization, and, with this project, we have decided to dare, leaving the physical limits of the hospital area, trying to diminish the readmissions and consequent issuing of Hospital Admission Authorization. The home visit has become essential for the improvement of patient's life quality, and for the nurses who have been developing this activity; it is very rewarding the satisfaction shown by the visited family.

KEY WORDS

Home healthcare, home assistance of hospital services.

INTRODUÇÃO

Empenhado em desenvolver sua missão institucional e, também, como parte integrante do Sistema Municipal de Saúde de Passo Fundo, o Hospital São Vicente de Paulo acredita ser de fundamental importância sua participação no “Programa Parceria Resolve”, da Secretaria de Saúde do Estado, e, assim, elabora a proposta envolvendo o atendimento extra-hospitalar.

Este projeto foi desenvolvido no Hospital São Vicente de Paulo, visando a diminuir as reinternações e, ao mesmo tempo, humanizar o atendimento prestado aos clientes com cuidados especiais, proporcionando-lhes uma atmosfera psicologicamente mais favorável e segura em seu domicílio, juntamente com seus familiares.

JUSTIFICATIVA

No cotidiano hospitalar, é possível perceber a ansiedade dos familiares e do próprio paciente próximo à alta, devido à deficiência de informações quanto a seu autocuidado.

Percebemos que as pessoas adotam práticas de autocuidado e devemos entender que essas práticas são expressões estruturadas que apóiam o indivíduo ou seu grupo a manter seu bem-estar. Essas práticas de autocuidado são desenvolvidas ao longo da vida. O que acontece, muitas vezes, é que muitas dessas práticas adotadas nem sempre coincidem com as necessidades de cuidados

relacionados ao que a pessoa precisa, ou que são necessários para seu problema de saúde.

Percebe-se, então, que a assistência de enfermagem é de grande importância para que as pessoas desenvolvam uma prática apropriada, mais efetiva de autocuidado. A enfermagem, além de exercer o cuidado, a partir de experiências e conhecimentos científicos, também exerce a função de educar. Por meio da assistência, procura planejar os cuidados relacionados ao que realmente é necessário para resolver determinado problema de saúde, auxiliando o ser humano a tomar consciência da realidade do seu processo saúde-doença. Porém, esse planejamento deve ser embasado na realidade em que vivem os seres humanos com quem ela interage. O contexto social, econômico e cultural deve ser conhecido pelo enfermeiro, pois frente a essa realidade, torna-se necessário a execução desse projeto.

FINALIDADE

Diminuir as reinternações de pacientes, reduzindo as emissões de Autorização para Internação Hospitalar (AIH's).

OBJETIVO GERAL

Orientar e visitar pacientes com cuidados especiais em nível domiciliar, promovendo a manutenção e melhora no restabelecimento da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente;
- Proporcionar orientação, visando à tranquilidade e segurança para os pacientes e familiares na alta hospitalar;
- Capacitar todos os enfermeiros de unidade para realizar orientação na alta hospitalar do paciente;
- Reduzir a longa permanência de pacientes com cuidados especiais;
- Promover visita domiciliar a pacientes com propensão à reinternação hospitalar;
- Integrar as ações hospitalares com as ações da Secretaria Municipal da Saúde;
- Fornecer um relatório dos cuidados necessários em nível domiciliar para pacientes de outros municípios dentro deste contexto.

METODOLOGIA

O enfermeiro do setor detecta os pacientes internados que necessitam de cuidados especiais, mas que necessariamente não precisam ficar hospitalizados por mais tempo. Diante disso, é feito contato com o médico assistente, para ver a possibilidade da alta hospitalar.

Durante a permanência no hospital, o paciente e familiares são orientados quanto aos cuidados relacionados a sua patologia, como limpeza de cânula de traqueostomia, autossondagem vesical, cuidados com escaras de decúbito, entre outros. No momento da alta hospitalar, é entregue um relatório com as orientações.

Quando necessário, é encaminhado à Coordenação ou Secretaria de Saúde processo de solicitação de materiais para o tratamento no domicílio.

No segundo dia pós-alta, o enfermeiro do Hospital São Vicente de Paulo faz uma visita domiciliar

para orientar e tirar dúvidas do paciente e familiares, frente à realidade de seu ambiente. É mantido contato com o enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde daquela área de atuação, marcando uma segunda visita domiciliar no terceiro ou quarto dia pós-alta, onde, juntos, discutem os cuidados necessários ao paciente, que passa, agora, a ser assumido pelo profissional da Secretaria.

Se o paciente pertencer a outro município, o enfermeiro do Hospital São Vicente de Paulo entra em contato telefônico com o colega da Secretaria de Saúde do município de origem, informando-o sobre a alta, passando as orientações necessárias e a importância do acompanhamento para evitar as reinternações. No momento da alta, juntamente com o relatório de orientações, o paciente e familiares são orientados a entrar em contato com o enfermeiro da Secretaria de Saúde de sua cidade, para acompanhamento.

CONCLUSÃO

Este projeto teve início no final de outubro de 2003, sendo que, em média, 8 pacientes/mês são beneficiados por este acompanhamento.

Para os enfermeiros do Hospital São Vicente de Paulo, está sendo muito gratificante o desenvolvimento deste trabalho, pois é visível a satisfação e a segurança que o paciente e seus familiares têm após receberem a visita domiciliar, e, para o enfermeiro, fica comprovada a importância da visita e das orientações, pois tudo é adaptado à realidade de cada paciente.

Nossa meta está sendo totalmente contemplada, pois além de integrar as ações do hospital com as ações da Secretaria Municipal da Saúde, estamos reduzindo as reinternações destes pacientes, diminuindo, assim, as emissões de Autorização para Internação Hospitalar (AIH's), pois dos 79 pacientes atendidos com o projeto, apenas 15 deles reinternaram.

REFERÊNCIAS

BRUNNER, S. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. J. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica de Brunner e Suddart**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

CUIDANDO DO CUIDADOR

TAKING CARE OF THE CARER

Jacinta Subutzki

Enfermeira

Mauro César Canete

Secretário

Instituição: Hospital Vida & Saúde
da Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa

Fone: (55)3512-5050

E-mail: informatica@vidaesaude.org.br

RESUMO

Desde a sua implantação, em maio de 2003, por ocasião do Dia do Trabalhador, o Projeto "Cuidando do Cuidador" vem lançando mão da criatividade em favor do resgate da cidadania, da auto-estima e de uma melhor qualidade de vida dos colaboradores do Hospital "Vida & Saúde", de Santa Rosa (RS). A iniciativa surgiu com o propósito de estimular a adoção de novos paradigmas para melhorar ainda mais as relações interpessoais na instituição. Assim, a Equipe de Humanização assumiu o desafio de propor uma forma diferenciada e inovadora de comemorar o Dia do Trabalhador, caracterizando a data em torno do verdadeiro sentido do "cuidar", de si mesmo e do outro. O Projeto "Cuidando do Cuidador", assentado em princípios da Humanização, proporciona aos colaboradores a oportunidade de usufruir de ações de saúde e bem-estar, durante a jornada de trabalho, dentro da estrutura hospitalar. Entre as ações desenvolvidas estão: realização do exame de mama e educação para o auto-exame, exame de Papanicolau, consulta de enfermagem, encaminhamento gratuito para especialidades médicas e realização de exames complementares de acordo com as necessidades, orientações sobre prevenção de doenças, educação para o exercício físico, sessões de ginástica laboral, verificação de peso, orientação nutricional, verificação de PA, testes de glicose, massagem terapêutica, corte de cabelo, manicure, oficinas de pele e técnicas de maquiagem. Na primeira edição, houve adesão de 119 colaboradores, (40%) do quadro de 310 colaboradores. Na segunda edição, com a repercussão positiva e a credibilidade evidenciada através da pesquisa de satisfação, a participação subiu para 70%.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidadores, humanização, saúde.

ABSTRACT

Since its implementation, in May 2003, the Worker's Day, the Project "Taking care of the Carer" is taking hold of the creativity in behalf of the rescue of citizenship, self-esteem and a better life quality of the Hospital Vida & Saúde" collaborators, from Santa Rosa (RS). The initiative aimed at stimulating the adoption of new paradigms to improve the interpersonal relationships at the hospital. Thus, the Humanization Team took on the challenge of proposing a different and innovative way of celebrating the Worker's Day, characterizing the date on the real meaning of "taking care", of him/herself and of the other one. The Project "Taking Care of the Carer", based on the principles of Humanization provides the collaborators the opportunity of enjoying the health and well-being actions, during the workday, within the hospital. Among the actions developed there are: breast exam and information on breast self-exam, Papanicolau examination, nursing consultation, free consultation in medical specialties and additional exams according to the needs, disease prevention guidelines, physical exercises indication, laboral gymnastics sessions, weight assessment, nutritional orientation, Blood Pressure check, glucose tests, therapeutic massage, haircut, manicure, skin workshops and make-up techniques. In the first year, 119 collaborators participated, (40 percent) of the 310 collaborators team. In the second year, with the successful repercussion and the credibility provided by the satisfaction research, the participation went to 70 Percent.

KEY WORDS

Carers, humanization, health.

INTRODUÇÃO

Qualquer projeto é sempre precedido de um sonho, de um desejo de gerar mudanças positivas em um determinado contexto. Este sonho serve de combustível para traçar planos e metas que, por sua vez, acabam se transformando em ações e resultados. Assim também nasceu o projeto “Cuidando do Cuidador”, que, a partir de sua implantação, vem procurando preencher uma importante lacuna na área da saúde: o cuidado com quem dedica a sua vida a cuidar de outros.

A idéia surgiu em um exercício de “*brainstorm*” e trouxe à tona uma situação comum em instituições de saúde: a de que, em muitos casos, o trabalhador, que dedica sua vida no cuidado do outro (pacientes, acompanhantes, família ...), possui, também, a necessidade de receber cuidados e atenção especiais. No entanto, às vezes, enfrenta dificuldades maiores de acesso à assistência à saúde do que o cliente externo.

Proporcionar condições de atendimento, em ambiente favorável, em prol de cuidadores mais saudáveis e satisfeitos, justamente no dia em que o trabalhador é homenageado, foi o desafio inicial deste projeto. Os números apontam que a aceitação foi positiva, de tal forma, que, hoje, traz para a equipe uma nova meta: a de ampliar o leque de atendimento, com novas ações, buscando maior qualidade e resolutividade às atividades desenvolvidas atualmente.

Parafraçando Puccini (2004), o movimento de exigência de humanização das atividades humanas não é, absolutamente, novidade na área de saúde, nem na sociedade em geral, mas é importante incorporar esse tipo de contribuição no dia-a-dia do trabalhador da área de saúde, para que se sinta valorizado e reconhecido e, conseqüentemente, mais motivado no cuidado com o outro.

Entendemos que, o compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e, destes, entre si. Cabe aos gestores e lideranças promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais voltadas aos colaboradores, tendo como base, fundamentalmente, a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e a responsabilidade.

CUIDANDO DO CUIDADOR

Objetivo Geral

Estimular o surgimento e a disseminação de uma nova concepção do “cuidador” dentro do Hospital Vida & Saúde, proporcionando-lhe acesso a um “cuidado” mais adequado e, por consequência, o desenvolvimento de relações mais favoráveis com colegas de trabalho, pacientes e familiares.

Objetivos Específicos

- Comemorar de forma diferenciada o Dia do Trabalhador (1º de Maio), com ações que valorizam o colaborador;
- Contribuir na prevenção de doenças entre os cuidadores;
- Oportunizar, ao trabalhador de saúde da instituição, o direito de usufruir dos serviços e tecnologia instalados;
- Desenvolver ações de cuidado específicas voltadas ao cuidador, tanto no que se refere à saúde física, como psíquica e/ou emocional.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida, auto-estima e de convivência social dos colaboradores;
- Incentivar o trabalho voluntário entre os colaboradores e comunidade, conscientizando-os da importância do comprometimento com o outro e da formação de vínculos saudáveis;
- Valorizar e reconhecer habilidades especiais entre os colaboradores;

Perfil do Público Atendido

A população-alvo beneficiada através do Projeto “Cuidando do Cuidador” são os colaboradores de todas as áreas e serviços do Hospital Vida & Saúde, funcionários de serviços terceirizados e estudantes dos cursos da área de saúde, vinculados ao hospital, de ambos os sexos, com idade variando entre 18 e 60 anos, sendo que, mais de 50% destes não possuem plano de saúde, dependendo do Sistema Único de Saúde (SUS) para receber a assistência necessária.

Ações Desenvolvidas

Dentro dos objetivos propostos e considerando que nenhuma técnica, por mais sofisticada que seja, consegue substituir o cuidado, a cordialidade e o carinho nas relações humanas, foram projetadas várias ações no sentido de promover mudanças favoráveis no campo pessoal e profissional dos trabalhadores que atuam na instituição.

A preocupação de proporcionar um cuidado diferenciado ao cuidador tem sido a meta constante da Equipe de Humanização, valorizando-os enquanto seres humanos e profissionais, que dedicam sua vida em favor da vida dos outros. Para tanto, são promovidos encontros regulares, com enfoque democrático-participativo, em que os colaboradores são estimulados a falar de seus conflitos, dificuldades e limitações, compartilhando, também, as alegrias e conquistas. A troca de experiências positivas ou não e o exercício de olhar para o outro além das aparências têm provocado um grau maior de cooperação e integração nas equipes de trabalho.

Além do cuidado emocional, o Projeto “Cuidando do Cuidador”, tem conseguido proporcionar ações concretas para melhorar o bem-estar físico, através de medidas simples que incluem:

- Realização do exame de mama e educação para o auto-exame;
- Exame de Papanicolau;
- Dosagem de glicose;
- Agendamento e encaminhamento para realização do exame da próstata;
- Consulta de Enfermagem;
- Encaminhamento gratuito para as diferentes especialidades médicas de acordo com as necessidades;
- Realização gratuita de exames complementares necessários;
- Orientações sobre prevenção de doenças;

- Educação para o exercício físico e participação em sessões de ginástica laboral;
- Verificação de peso ideal e orientação nutricional;
- Verificação de PA;
- Oficinas de cuidado para com a pele;
- Oficinas de técnicas de maquiagem;
- Corte de cabelo;
- Manicure;
- Massagem terapêutica e miorelaxante;
- Sorteio de prêmios aos participantes.

- são do maior número possível de colaboradores;
- Captação de recursos para concretização do projeto;
- Elaboração de material de logística;
- Adequação do local para as necessidades do evento;
- Reuniões de planejamento e organização;
- Avaliação posterior do projeto;
- Divulgação do resultado das ações desenvolvidas;
- Entrega de um mimo e carta de agradecimento aos voluntários que trabalharam no projeto.

METODOLOGIA APLICADA

Tendo como proposta a otimização dos atendimentos e uma incidência mínima de imprevistos, a Equipe de Humanização se reúne e define, antes de cada nova edição, um plano de ação a ser seguido pelos envolvidos no projeto, composto pelas atividades descritas a seguir:

- Formação da equipe que coordenará o evento;
- Definição da data, horário e local do evento;
- Elaboração da programação das ações a serem desenvolvidas no dia;
- Formalização de parceria com a Fundação Municipal de Saúde para autorização e custeio dos exames complementares necessários;
- Recrutamento de voluntários para cada atividade a ser desenvolvida:
 - I. Colaboradores do hospital;
 - II. Profissionais médicos;
 - III. Acadêmicos de Enfermagem;
 - IV. Profissionais voluntários da comunidade.
- Definição da escala de atividades e respectivos responsáveis;
- Divulgação do Projeto, visando à ade-

Resultados quantitativos das edições de: 2003 e 2004

Número de colaboradores atendidos	119	208
Verificação de pressão arterial	62	135
Testes de glicose	55	38
Consultas de enfermagem	36	24
Encaminhamentos para especialidades médicas	12	15
Exame preventivo do câncer de mama com orientação para o auto-exame	25	65
Coleta para o exame preventivo do câncer ginecológico	25	24
Encaminhamento para exame de próstata	-	03
Exames diversos (Raio-X, ecografia, mamografia)	18	32
Controle do peso ideal e orientação nutricional	61	82
Corte de cabelo	35	45
Manicure	21	28
Demonstração da técnica de limpeza da pele	-	81
Demonstração da técnica de maquiagem	52	12
Participação em oficinas de pele (palestra/orientação)	-	55
Massagem terapêutica e relaxante	-	19
Participação nas sessões de ginástica laboral	-	75
Sorteio de brindes	13	45
Fornecimento de cesta básica para funcionários em situação especial	-	03
Divulgação e venda de passagens para viagem de Integração dos colaboradores (Novembro/2004)	-	41
Total de ações desenvolvidas	534	1030

Observação: em ambas as edições, verificou-se alterações em exames de pré-câncer de mama, ginecológico e de próstata, que tiveram o devido encaminhamento e posterior acompanhamento dentro de cada especialidade, ou seja, em 2003, 3 casos apresentaram algum tipo de alteração e, em 2004, 12 casos.

POSSIBILIDADE DE CONTINUIDADE E/OU AMPLIAÇÃO DA INICIATIVA

A meta principal é melhorar e ampliar anualmente a extensão do projeto, para atingir o maior número possível de colaboradores com as ações disponibilizadas, não se preocupando apenas com o assistencialismo, mas também com a resolutividade, satisfação e qualidade de vida dos cuidadores.

A Equipe de Humanização, mantendo as suas diretrizes de trabalhar por um atendimento mais humanizado na instituição, acredita que ações como estas venham a contribuir na satisfação, no desenvolvimento pessoal e na formação de vínculos mais saudáveis entre os colaboradores.

Todo o trabalho envolvido no projeto justifica-se na afirmação de Remen (1993) de que os profissionais de saúde sofreram profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns.

CONCLUSÃO

Entendemos que a humanização nas instituições de saúde passa pela comunicação da palavra, do gesto e do olhar entre as pessoas

e existirá na medida em que as pessoas quiserem. Para isto, elas precisam ser preparadas e incentivadas. Partindo desse enfoque, é que nasceu a 1ª Edição do Projeto "Cuidando do Cuidador", organizando e direcionando ações de humanização voltadas para ele, valorizando-o e enxergando-o como elemento fundamental para garantir um atendimento de elevada qualidade aos usuários, familiares e dos colaboradores entre si.

É importante salientar que o Projeto "Cuidando do Cuidador", do Hospital Vida & Saúde, de Santa Rosa, não se restringe apenas às ações desenvolvidas em favor do colaborador num determinado dia, trabalha para que se torne uma prática constante e diária, instituindo uma cultura organizacional humanizada, em busca de um elevado grau de satisfação dos colaboradores, o que reflete diretamente na melhoria do atendimento ao cliente externo.

O Projeto engloba ações simples, mas contínuas, tais como: lembrar do aniversário dos colaboradores com um pequeno mimo, expondo o nome dos aniversariantes no Mural da Humanização; expor no mural, também, as formaturas, casamentos, nascimento de filhos, concursos e óbitos de familiares. São comemoradas todas as datas especiais junto aos colaboradores, incluindo: Dia das Mães, Dia dos Pais, Dia dos Avós, Páscoa, Natal, Dia das Crianças, Dia do Gaúcho, Semana da Enfermagem, Dia do Riso, Dia do Amigo, entre outros.

Na Noite de Natal e Noite da Virada para o Ano Novo, a Equipe de Humanização prepara uma ceia especial aos colaboradores e médicos de plantão e faz questão de a própria Equipe servir a ceia para eles. Com isso, notou-se que já não relutam mais tanto ao serem escalados para trabalhar nestas ocasiões.

Concordamos com ORLANDO (2001), que, trabalhando a humanização nas instituições, busca-se resgatar o respeito pela vida

humana em circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas em todo relacionamento humano. No entanto, estamos cientes que isso acontece em passos lentos, que são necessárias persistência e motivação para fazer acontecer pequenas ações diárias, com mudanças de atitude, acreditando que, na somatória final, farão a grande diferença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004.
- CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003.
- MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo: Manole, 2001.
- ORLANDO, J. M. C. **UTI: muito além da técnica**. São Paulo: Ateneu, 2001.
- PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out, 2004.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Política Humanização da Assistência à Saúde - PHAS. **HumanizaSaúde**. Porto Alegre, 2003.

DOUTOR SORINHO: CUIDANDO DOS PEQUENOS

DOCTOR "SORINHO": CARING FOR CHILDREN

Marcia Fetter Nicoletti

Psicóloga, especialista em Psicologia Organizacional e Clínica, coordenadora de Recursos Humanos

Sandra Maria de Bortoli

Técnica em contabilidade, assessora de Projetos e Comissões Permanentes

Instituição: Hospital Beneficente São Carlos - Rua da República, 51 - Centro

CEP 95180-000 - Farroupilha - RS

Fone: (54) 268-3344

E-mail: proj.hbsc@terra.com.br

RESUMO

A hospitalização precisa ser bem compreendida pela criança, devendo-se evitar situações difíceis e traumáticas durante o seu período de internação, pois a criança necessita receber suporte físico e emocional por parte de sua família e de toda a equipe de saúde envolvida em seu tratamento. Visando a desenvolver esta proposta, em maio de 2003, elaborou-se o Projeto de Humanização Pediátrica Doutor Sorinho, que abrange toda a ala pediátrica do Hospital Beneficente São Carlos, situado no município de Farroupilha, região nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Este projeto desenvolve várias atividades lúdicas, individualmente ou em grupos, dentro da Sala de Recreação, aproveitando o espaço oferecido pela instituição, onde os indivíduos são estimulados a interagir com seus familiares. Também são desenvolvidas outras ações humanizadas voltadas ao acolhimento dos usuários. Em ambas as modalidades, a equipe multiprofissional e a comunidade se envolvem de forma contagiante no decorrer do processo, propiciando respostas adaptativas das crianças e de seus familiares ao restabelecimento físico e emocional. Desenvolvendo o trabalho de dessensibilização da criança em relação à sua situação de doença e a necessidade de aceitação dos procedimentos técnicos, visando a diminuir o período de permanência, o projeto investiu desde o nome "Dr. Sorinho" até a realização de algumas atividades, no aproveitamento de embalagens de soro como um meio de atingir tal objetivo. Criatividade, simplicidade, pró-atividade, uso de materiais alternativos, custos mínimos para a instituição e resultados qualitativos e quantitativos são as características principais do "Dr. Sorinho".

PALAVRAS-CHAVE

Acolhimento, criatividade.

ABSTRACT

The hospitalization needs to be well understood by the child. Care must be taken to avoid difficult and traumatic situations during the period of hospitalization, because the child needs to receive physical and emotional support from his/her family and the whole medical team involved in the treatment. Aiming at developing this proposal, in May 2003, it was created the "Doctor Sorinho" Humanization Pediatric Project covering all the Pediatric Wing of the Hospital Beneficente São Carlos located in Farroupilha town, at the northeastern region of Rio Grande do Sul state. This project has developed several individual or group playful activities in the playroom, taking advantage of the space offered by the institution, where the individuals are stimulated to interact with their family members. It has been also developed other humanizing actions aiming at welcoming of the users. In both modalities, the multiprofessional team and the community get involved in a contagious way throughout the process, leading to the adaptation of the children and their families to the physical and emotional recovery. To develop the child desensitization work as to his/her disease and the need to accept the technical procedures shortening the hospitalization period, the project has invested from the name "Doctor Sorinho" through the development of some activities, such as the utilization of serum containers as a way to reach such goal. Creativity, simplicity, and proactivity, utilization of alternative materials, minimal costs for the institution, and qualitative and quantitative results are the main "Doctor Sorinho" features.

KEY WORDS

Welcome, creativity.

CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Promover resoluções humanizadas em saúde com aprimoramento contínuo, objetivando a excelência no atendimento de forma integrada à comunidade, é a missão do Hospital Beneficente São Carlos, fundado em fevereiro de 1934. Situado no município de Farroupilha, no estado do Rio Grande do Sul, é uma entidade sem fins lucrativos. Usuários com convênios privados e do Sistema Único de Saúde – SUS são o perfil de sua clientela. É classificado como um hospital microrregional, referência para o município de Nova Roma do Sul, possui 120 leitos, UTI tipo II, com 6 leitos, dos quais 5 leitos estão à disposição do SUS. A ala pediátrica do HBSC é composta por 12 leitos, Sala de Recreação e Posto de Enfermagem. A demanda da internação pediátrica representa 19% do volume total das internações do HBSC. A Sala de Recreação Dr. Sorinho atendeu 989 crianças em 2003.

Visando a atender a demanda de internações pediátricas de forma a tornar o ambiente hospitalar o mais acolhedor possível, e fazer com que a criança pudesse se sentir como um ser humano protegido e amado, podendo, assim, desenvolver respostas adaptativas positivas para uma melhor e mais rápida recuperação, em 30 de maio de 2003, foi implantado o Projeto de Humanização da Internação Pediátrica, que, posteriormente, recebeu o nome de “Doutor So-

rinho”. É coordenado pelo Setor de Psicologia, e as atividades propostas são desenvolvidas por equipe multiprofissional, bem como por voluntários que dedicam parte de seu tempo aos nossos usuários. Além do objetivo geral, o projeto possui os seguintes objetivos específicos: tornar o tempo de internação o mais agradável possível, colaborar na cura da enfermidade das crianças, alegrar o ambiente hospitalar, tornar a ala pediátrica ímpar, dinamizar e diversificar o trabalho realizado na sala de recreação, proporcionar uma internação com qualidade nos serviços prestados, manter a equipe pediátrica motivada e participativa nas atividades propostas e oportunizar momentos de interação entre o paciente e seus familiares. Com o intuito de atingir tais objetivos, o Hospital dispõe da:

Sala de Recreação para pacientes da pediatria, com uma recreacionista, 04 voluntárias e 01 estagiária à disposição. Recentemente, a sala recebeu um novo nome: “DOUTOR SORINHO”, escolhido através de concurso interno, com envolvimento de todos os colaboradores do Hospital, onde cada um fez sua sugestão. Todas as sugestões foram avaliadas pela Comissão Julgadora e, após, foi realizada uma comemoração pela escolha do nome e a entrega de prêmio ao funcionário vencedor.

A mascote Doutor Sorinho foi escolhido por um concurso interno, onde os colaboradores foram convidados a criar uma figura que retratasse a proposta do projeto. A figura do urso de

pelúcia, com os utensílios utilizados pelos médicos e a roupa de soro retratou fielmente o objetivo do projeto e tornou-se a marca oficial.

Decorar a ala pediátrica com motivos infantis é uma atividade que compreende um conjunto de ações que tornam o ambiente da pediatria um setor diferenciado dos demais setores do hospital. A ala pediátrica teve as portas dos quartos pintadas com cores alegres e variadas. Os funcionários do setor pediátrico e a recreacionista passaram a utilizar jalecos coloridos, com estampas infantis. Os suportes para rede de oxigênio em cada leito sempre estão decorados com balões. Também ficam expostos permanentemente balões em forma de arco na entrada da pediatria. O material para a decoração é, em sua maior parte, doado pela comunidade.

No Varal Artístico, os pacientes expõem seus trabalhos artísticos que são feitos durante o período internação, e, no Varal Artístico Papai e Mamãe, os pais ou acompanhantes podem expor os trabalhos executados no hospital, ou alguma reportagem interessante. O momento esperto Tic-Tic é um mural fotográfico destinado à exposição das fotografias dos eventos realizados no setor. O quadro Legal Pinte e Brinque consiste em um quadro negro e giz à disposição dos pacientes que não precisam ficar no quarto, onde podem colocar sua criatividade em prática.

Os suportes para soro da ala pediátrica foram pintados com cores vivas, com o objetivo de deixar o ambiente hospitalar alegre e agradável e afastar, o máximo possível, a criança do ambiente “sombrio” que representa o hospital, que não representa mais um local de simples cura, mas, sim, de restabelecimento físico e psicológico. Cada suporte recebe um enfeite personalizado, confeccionado pelo próprio paciente, com material alternativo como o frasco de soro.

Vê-se claramente, no rosto das crianças, a felicidade que elas sentem quando recebem a

visita de alguém que lhes traz alegria, ou mesmo quando elas têm à sua disposição materiais para se fantasiar. É por isso que cada data importante é lembrada às crianças que se encontram internadas na pediatria do HBSC pelo próprio personagem do dia comemorado, por exemplo, no Dia da Criança, o Palhaço; na Páscoa, o Coelho; no Natal, o Papai Noel. Nestas datas, a equipe de enfermagem do setor de pediatria também se caracteriza.

Mensalmente, são realizadas Apresentações de Oficina de Teatro e Literatura de escolas da comunidade na internação pediátrica, bem como apresentações do Coral do HBSC, devidamente caracterizado, com o objetivo de aliviar a tensão causada pela doença durante a permanência da criança e familiares no Hospital. O convite para estas apresentações é extensivo a todos os funcionários e seus filhos, bem como à comunidade. O paciente, que estiver aniversariando durante o período da internação, recebe um lanche diferenciado, cartazes, balões na porta do quarto, alusivos à data e um cartão de aniversário. Esta atividade é denominada: “Aniversariante Dodói”.

O Piquenique no Pátio é uma atividade que depende das condições climáticas, por isso é desenvolvida esporadicamente, onde os pacientes e seus acompanhantes são convidados a realizar seu lanche na área ao ar livre de que o Hospital dispõe. Durante o piquenique, o Setor de Nutrição e Dietética serve um lanche diferenciado, respeitando a dieta prescrita de cada paciente. Também são realizadas atividades recreativas. A enfermagem conduz e acompanha os pacientes, realizando todos os procedimentos técnicos necessários ao bem-estar dos pacientes durante a realização desta atividade.

Para que a criança se sinta valorizada, no momento da alta, os trabalhos artísticos realizados durante o período de internação são entregues juntamente com um boneco “Dr. Sorinho”, recheado de doces, com um cartão de parabéns pela alta

hospitalar; é a Lembrança Legal que o projeto oferece ao paciente. Quando, por qualquer motivo, a criança, na hora da alta, não receber a “Lembrança Legal”, a equipe do Hospital encarregar-se-á de enviá-la pelo Correio Surpresa.

O Dia da Saúde é realizado, anualmente, no mês de agosto, e tem por objetivo a orientação nutricional, através da pirâmide alimentar e a presença da nutricionista.

Mãozinhas Abertas é uma atividade que busca a participação da comunidade, através da adoção de uma das ações do projeto por estabelecimentos comerciais.

Visando ao aprimoramento do projeto, novas atividades estão em fase de implantação, elaboradas pela equipe multiprofissional do hospital, seguindo as principais características do “Dr. Sorinho”: a simplicidade aliada à criatividade com custos mínimos. Abaixo, estão relacionadas algumas das novas atividades a serem desenvolvidas.

Pela pediatria do HBSC, passam crianças das mais diferentes condições sócio-econômicas. Pensando nisto, a equipe multiprofissional elaborou a Sessão Cinema, com o objetivo de oferecer ao paciente internado a oportunidade de assistir filmes infantis que, pelos mais variados motivos, a criança não tem acesso.

Durante o período de internação, materiais alternativos serão oferecidos à criança, para a confecção de uma lembrança que será ofertada a um colaborador do hospital, escolhido por sorteio. O colaborador tornar-se-á o Amigo Secreto. Durante esta atividade, a criança será acompanhada pela recreacionista. O objetivo é fazer com que a criança interaja com o ambiente hospitalar, fora da ala pediátrica.

O “Estudante Dodói” é uma atividade destinada aos pacientes que necessitam de uma internação prolongada. Estes pacientes receberão suporte pedagógico, através de serviços voluntários de profissionais e /ou alunos do curso de Pedagogia, ou afins, de escolas da comunidade.

“Imaginação à Solta” é o nome dado ao baú de fantasias que está na sala de recreação, que fica à disposição dos pacientes para que possam ter a possibilidade de elaboração de seus estados psíquico e físico através do lúdico. Outra atividade proposta é a “Gincana Doutor Sorinho”, realizada anualmente, envolvendo todos os setores do hospital, e é voltada para a arrecadação de materiais necessários à realização das atividades recreativas.

As “Dicas Supimpas” consistem em orientações importantes escritas e verbais sobre os cuidados com sua saúde física: médicos, nutricionais, psicológicos e de enfermagem, que serão oferecidas ao paciente e seus acompanhantes no momento da alta hospitalar. Para promover maior integração do projeto com os nossos colaboradores, será criada a Semana da Visitação, onde todos os funcionários receberão convite e serão agendados horários para cada setor do hospital realizar uma visita à ala pediátrica. No “Crachá Personalizado”, a criança confecciona, com material alternativo, o seu crachá que é fixado em seu leito, para que a sua identificação fique clara e precisa.

Salientamos que este projeto conta com a colaboração do Gestor Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Conselho de Administração do Hospital, os profissionais médicos, equipe da enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, Psicologia, Higienização, Manutenção, Transporte, bem como os demais colaboradores. Também conta com a participação da comunidade, através das escolas e Voluntariado.

Este projeto é considerado inovador, pois ampliou as ações para fora da Sala de Recreação, tornando a pediatria do HBSC um local diferenciado, onde os pacientes desfrutam de momentos de integração preciosos com seus pais ou acompanhantes, através das atividades oferecidas, o que, na maioria das vezes, devido à rotina doméstica, não acontece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua implantação, 1.175 atividades com pacientes já foram realizadas, todas devidamente registradas em fichas, onde constam o nome do paciente, do responsável e o tipo de atividade.

Por ser um projeto relativamente novo, possui poucos indicadores quantitativos de resultados. Um deles é a taxa de permanência que é medida através do plano estatístico do HBSC e apresenta uma redução de 23% no primeiro ano do "Projeto Dr. Sorinho". Com o objetivo de medir o grau de satisfação do usuário através de dados quantitativos, está sendo implantada a Pesquisa de Opinião junto aos usuários e seus responsáveis. Por outro lado, existem vários indicadores qualitativos, um deles é o Livro de Registros batizado como "EU ACHO", onde os usuários são convidados a deixar sua opinião sobre o projeto. Também existe o "Diário de Bordo", registro sistemático das atividades desenvolvidas no projeto.

O projeto também apresenta outros resultados que não podem ser medidos através de números, mas são perfeitamente percebidos através das atitudes dos seus usuários, como, por exemplo, o resultado paliativo, que ajuda a aliviar a dor e a angústia da hospitalização; o preventivo, que ajuda a prevenir transtornos psíquicos reativos; o auxiliar terapêutico, como reforço das defesas do organismo; a humanização do ambiente, que proporciona um local agradável; a dignidade preservada, tendo em vista que a recreação é um direito previsto por lei; a intervenção precoce, onde a criança e seu responsável têm o lúdico incentivado; a relação humanizada, pois a equipe e paciente ficam mais calmos e a promoção da reeducação como um novo paradigma que dá certo, pois, através da utilização de novos conceitos no atendimento ao paciente, chegou-se a resultados impressionantes.

O "Doutor Sorinho" nasceu de uma necessidade da instituição, contudo sobrevive porque todos os profissionais envolvidos nele, além da qua-

lificação técnica e eficiência, que possuem, depositam afeto, respeito e carinho em cada atividade realizada. Afinal a matéria-prima do hospital é o ser humano.

TABELA 1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA NA PEDIATRIA

PERÍODO	MÉDIA (DIA)
30/05/2002-30/05/2003	3,1
31/05/2003-30/05/2004	2,4

Fonte: Plano Estatístico HBSC

REFERÊNCIAS

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
- DUARTE, Inúbia. **A prática da psicoterapia infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- HORTA, A.; MATTOS, V. A criança e o perigo de morte. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 52, n.5, p. 357-360, 1982.
- LEBOVICI, S. **Quelques considérations d'un psychiatre d'enfants sur les soins à donner aux enfants placés dans des crèches et des institutions**. Genève: Organization Mondiale de la Santé, 1965.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Da noção da norma medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- NOVAES, Luiza. **O alívio do estresse na criança hospitalizada pelo brincar**. Pelotas: [s.n.], 1996.
- RODULFO, Ricardo. **O brincar e o significativo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SILVA, M. G. **Prática médica: dominação e submissão, uma análise institucional**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- TORRES, Ruth da Costa; GUEDES, Wanda Gurgel; TORRES, Wilma da Costa. Não me deixe morrer sozinho. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p. 138-142, jul./set. 1980.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.
- _____. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

ENVELHECER COM NOVOS HORIZONTES

AGING WITH NEW HORIZONS

Maria da Graça Viana Cardoso e Cunha

Assistente Social

Instituição: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

General Osório, 625 - Centro - Rio Grande/RS

Fone: (53) 3233-7156

E-mail: scasarg@terra.com.br

RESUMO

O presente artigo foi elaborado a partir da observação realizada em idosos asilados, onde se percebe, claramente, que "envelhecer" provoca a exclusão do ser humano do convívio social e que, neste, o velho não tem prioridades. Idosos são vistos como pessoas em declínio tanto físico quanto socialmente, e, assim, vão sentindo a perda de sua identidade. O idoso, quando colocado pelos familiares em instituições, resignam-se, pois culturalmente passam a ser um transtorno se estiverem junto ao grupo familiar. Conscientes da situação, é, nesse momento, que se dá a auto-exclusão, quando o próprio idoso aceita ser deixado em um "lugar só para velhos", sem questionamento. Frente a essa situação, é que os "cuidadores" deveriam receber todo o respaldo necessário do poder público para dar atenção integral às pessoas da melhor idade, através de políticas sociais compatíveis com o segmento, programas preventivos nas questões do envelhecimento e na oferta de serviços que tratem adequadamente os problemas físicos, psíquicos e sociais, dando, a esse grupo etário, a oportunidade de trabalhar, a sua autonomia e independência, mesmo que dentro de suas limitações.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidadores, cuidados, grupos etários, humanização, idoso.

ABSTRACT

This article was elaborated from the study developed with the elderly living in nursing homes, where it is clearly noticed that "aging" excludes the human being of the social living and that in this environment, the elderly don't have priorities. The elderly are considered as people both physically and socially in decline, and thus, they begin to feel like losing their identity. The elderly, when placed by the relatives in nursing homes, they become resigned, because culturally they become to be a trouble if living together with the family group. Conscious of the situation, it is at that moment that it happens the self-exclusion, when the elderly themselves accept to be let in a "place just for the elderly", without any question. In this situation is that the "carers" should receive all the necessary protection of the public power to give total attention to the people at the best age, through social policies compatible with the segment, preventive programs related to aging and to service offer treating the physical, psychic and social problems properly, giving to the elderly the opportunity to work, autonomy and independence, even if with their limitations.

KEY WORDS

Carers, cares, age groups, humanization, elderly.

INTRODUÇÃO

A cada ano que passa, mais de 650 mil idosos engrossam as estatísticas populacionais brasileiras. Sendo assim, temos que perder a ilusão de ser ainda um país jovem e procurar aceitar as informações demográficas que mostram e projetam o envelhecimento da nossa população.

Para o enfrentamento do aumento da população de idosos, é necessário a elaboração de políticas sociais direcionadas a este segmento, que sejam amplas e articuladas entre diversos órgãos governamentais e não governamentais.

Com a rotina de vida da população, nesta corrida desenfreada para garantir o mínimo de sobrevivência com qualidade, é amplamente reconhecido que os idosos cada vez mais deverão ser “cuidados”, e, por isso, os “cuidadores” têm que estar capacitados para dar esse atendimento, não deixando as instituições se transformarem em depósitos de pessoas em situação de envelhecimento.

No Recanto do Idoso, instituição que abriga 113 velhos, cresceu, vertiginosamente, a procura por vagas e observou-se que muito pouco era oferecido. Assim, chegamos a elaboração do projeto “Envelhecer com Novos Horizontes”, na tentativa de motivar os que estão na melhor idade a não se deixar ficar “esperando a morte”, expressão esta pronunciada por um dos “cuidados”; porque o desenvolvimento físico, psíquico e social do ser humano não é só man-

tê-lo com as necessidades básicas supridas, temos que estimulá-los para que acreditem no amanhã.

Neste cenário da pouca valorização da velhice, teremos que trabalhar para estabelecer prioridades, desenvolvendo ações humanizadas de atendimento em todos os setores da instituição (nutrição, enfermagem, médicos, higienização...), que melhorem a qualidade de vida dos que lá residem.

O envelhecimento populacional é um fenômeno geral e afeta a todos - homens, mulheres e crianças. A solidariedade e a inter-geracionalidade devem ser a base das ações da sociedade civil e do estado. O envelhecer é importante, pois contribuiu, e continua a contribuir com a sociedade, mantém a história viva de gerações para gerações e tem conseqüências em todos os setores da vida humana tais como: econômico, saúde, previdência, lazer e cultura. A estas pessoas, deve ser preservado o direito de igualdade em todos os aspectos da vida.

JUSTIFICATIVA

O Serviço Social da instituição “Recanto do Idoso” – A .C. Santa Casa do Rio Grande, juntamente com outros profissionais que atuam no pensionato, sentiram a necessidade de dar aos residentes maior segurança nas áreas de deambulação, ampliar o atendimento em nível de la-

zer, atividades laborais, tratamento físico e tornar o ambiente mais confortável e prazeroso, estimulando o sentimento de pertencimento ao lugar que passa a ser a sua casa, fazendo com que percebam serem eles o que há de mais importante na instituição e que tudo visa à satisfação de suas necessidades.

Convivendo com os “cuidados” do pensionato, constatamos que o vínculo familiar inexistente e/ou fica enfraquecido devido às visitas dos parentes escassearem ao longo do tempo. Isto faz com que o idoso sintam-se excluído da sociedade e ingresse na tão conhecida marginalidade social, pois a própria palavra, “velho”, nos diz que ser velho é estar em desuso, é não servir para nada e são as coisas velhas que se doam ou se jogam fora. É nesse momento que se inicia o processo de auto-isolamento; como consequência, acentuam-se as fragilidades naturais do envelhecimento e, tentando evitar este processo, teremos, também, que trabalhar a família para que esta não seja protagonista do abandono.

Portanto, é fundamental fazer um exercício de reflexão com o idoso, levando-o a se perceber como cidadão em tempo presente, com possibilidades de tempo futuro.

Cabe à equipe multiprofissional incentivar o idoso a construir um projeto de vida, e se permita a ousadia de sonhar e ter vontade de realizar “coisas”, claro dentro das limitações que o tempo lhe infringiu, pois, enquanto houver planos a serem vividos, com certeza haverá vida. Cabe também à equipe, oferecer-lhes uma assistência humanizada, porque cuidar de pessoas significa cuidar de um cidadão como um todo.

O profissional deverá assumir postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário, que acolha o desconhecido e que aceite os limites de cada situação apresentada.

O Estatuto do Idoso, aprovado em outubro de 2003, é referência fundamental para a garantia dos direitos, dá condições de subsistên-

cia, cria espaços de participação política e de inserção social desse segmento, possibilitando que os idosos de “fundo de quintal”, que se encontram em situação de risco social possam recuperar a dignidade e cidadania, mesmo que seja através de “cuidadores” institucionais.

O estatuto deixa claro que o idoso deverá, sempre que possível, ficar junto aos familiares, tanto que está garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, o benefício de prestação continuada - BPC, no valor de um salário mínimo, para pessoas a partir dos 65 anos que não possuam meios de prover sua subsistência, e nem de tê-la provida por sua família.

OBJETIVO GERAL

Proporcionar a valorização da melhor idade, demonstrando a preocupação em satisfazer suas necessidades, e dando aos idosos um atendimento humanizado, despertando o sentimento de auto-estima, e apresentando alternativas de como viver o agora, projetando o amanhã, sem se sentir um fardo muito pesado para os que lhes dedicam atenção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oferecer ao idoso asilado melhor qualidade de vida;
- Estimular que repassem as experiências já vivenciadas;
- Manter o idoso ativo e atuante frente às diversas limitações;
- Intensificar as relações interpessoais através de eventos;
- Incentivar a integração intergerações;
- Fortalecer o vínculo familiar, sempre que houver a existência de familiares;
- Divulgar, na instituição, planos, progra-

mas e projetos concernentes à pessoa idosa;

- Estimular a parceria entre grupos e organizações governamentais e não governamentais, para que estejam atualizados com as atividades oferecidas a este segmento;
- Oportunizar a participação dos pensionistas em eventos e campanhas educativas;
- Capacitar recursos humanos voltados para o atendimento da pessoa idosa, visando à melhoria do seu desempenho e da qualidade dos serviços prestados.

METODOLOGIA

Grupos de atividades

- Manuais;
- Artísticas;
- Físicas;
- Externas (almoços, praia, bailes, passeios, encontros com outros grupos da terceira idade da comunidade...);
- Exposição (trabalhos realizados nos grupos e mostra das habilidades, coral, dança, declamação...), a cada trimestre, com a participação da comunidade e familiares.

Terapia de Grupo

- Sentimentos;
- Motivação;
- Família.

Cronograma

- 3 vezes por semana;
- manhã/tarde.

Metas

- Atender aos 113 idosos que residem no pensionato "Recanto do Idoso";
- Atender os familiares sempre que houver algum impasse que dificulte a relação instituição x idoso x família.

Recursos

Humanos

- 1 arte educador ou terapeuta ocupacional;
- 1 fisioterapeuta;
- 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 médico clínico geral ou geriatra;
- 2 administrativos;
- 1 nutricionista.

Materiais

- Todo material necessário para o desenvolvimento das atividades para a reforma e manutenção dos corrimões e pisos.

Financeiros

- Os valores oferecidos pela instituição e ou convênios firmados através do fundo municipal da assistência social.

DEPOIMENTOS DE ALGUNS IDOSOS PENSIONISTAS

"Eu nem imagino minha vida se não houvesse este lugar. Aqui, é como se fosse minha casa, passeio, vou à churrasceria e participo de festas. É muito bom!" (N., 89 anos)

"Eu não quero sair daqui. Aqui é bom, tem bastante comida e bala". (A., 103 anos)

“Como meus sobrinhos não podem me cuidar, me largaram aqui como se eu fosse um pacote. Até me acostumei, agora é minha casa”. (D., 76 anos)

“Eu e minha irmã somos bem tratadas, não temos nenhum familiar, eu cuido dela por que é cega e as funcionárias cuidam de mim”. (E., 85 anos)

“Não gosto daqui, mas como não tenho ninguém, tenho que ficar, pois a assistente social conversou com a D. Neusa, e me trouxe para cá. Eu morava na rua, e quando tinha alta do hospital psiquiátrico dormia pelas praças da cidade”. (O. M., 62 anos)

“Quando não querem a gente, nos despacham que nem pacote nos asilos. Que horror.” (N., 60 anos)

“Agora que não posso cuidar dos meus netos porque não caminho, me arrumaram outro lar para morar, só que de velhos, isso é coisa de filhos e noras.” (I., 84 anos)

MEMBROS DO GRUPO DE VOLUNTÁRIAS

O grupo de senhoras voluntárias da A.C. Santa Casa do Rio Grande – RS trabalham em eventos sociais para arrecadar fundos, com a finalidade de usar a verba para a compra de produtos necessários ao bem-estar dos usuários carentes da instituição.

Depoimento: “Agradeço a Deus todos os dias por ter encontrado este grupo, só assim estou envelhecendo com qualidade” (70 anos – voluntária).

INTEGRAÇÃO INTERGERAÇÕES

Idosos do pensionato visitam a pediatria do hospital geral, e distribuem às crianças interna-

das, brinquedos confeccionados por eles. (Em 12/10/2003).

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento das ações aqui mencionadas, é certo que iremos minimizar as perdas sofridas pelas pessoas que envelhecem. Em muitos casos, elas poderiam ser evitadas, se houvessem políticas sociais de inclusão que promovessem a qualidade de vida dessa população há muito esquecida, e que, hoje, vislumbra um pouco de dignidade no futuro.

Ainda estamos fazendo a caminhada para a plenitude do nosso projeto. Acreditamos que a equipe multiprofissional proposta faz-se necessária para efetivar as ações direcionadas ao público alvo e, com certeza, através do comprometimento desta, atingiremos nosso objetivo.

Entendemos ainda, que instituições organizadas devam humanizar o atendimento, o que é imprescindível para mudanças de pensamento acerca da velhice, principalmente, se isso se der em processos coletivos. Constatamos isso nas atividades intergerações (crianças e adolescentes x idosos).

O envelhecimento diz respeito a toda sociedade, pois, se houver a redução da pobreza, uma melhor igualdade social e boas condições de vida da população, é certo que, no decorrer dos anos, teremos a garantia de bons níveis de vida e bem-estar social. Portanto, a próxima geração de idosos terá maior longevidade e com qualidade.

Hoje, já podemos vivenciar este fato no “Recanto do Idoso”, pois temos oito pensionistas entre noventa e cento e três anos e, destes, quatro totalmente independentes e lúcidos, outros acamados, porém com a função mental preservada e com uma média de permanência no pensionato de oito a dez anos.

REFERÊNCIAS

- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Coletâneas de leis**. Porto Alegre, 2000.
- BRASIL. Lei nº 10741, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, out. 2003. Seção 1, n. 192.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional para Amostragem Domiciliar (PNA)**. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano integrado de ação**. Brasília, DF, 1999.
- EUROFARMA. **Projeto Carmim: gestão 2004**. São Paulo, 2004. Fascículo 1.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1997.
- REVISTA MEIO DE CULTURA. São Paulo: Eurofarma, n. 27, 2004.
- SERVIÇO SOCIAL e SOCIEDADE. São Paulo: Cortez, n. 75, 2003.

GARANTIA DA EXCELÊNCIA DOS SERVIÇOS

GUARANTEE OF SERVICE EXCELLENCE

Helena Dahne

Psicóloga, especialista em Análise Transacional e Administração de RH, responsável pelo Departamento de Desenvolvimento de RH da instituição.

Alexandra Vanti

Pedagoga Especialização em Orientação Educacional, Administração de RH e Administração de Processos. Atua como técnica em treinamento do Departamento de Desenvolvimento de RH da Santa Casa.

Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Rua Prof. Annes Dias, 285
Fone: (51) 3214-8513/ (51) 3214-8346
E-mail: dahne@santacasa.tche.br; xanda@santacasa.tch.br

RESUMO

Este projeto de desenvolvimento e capacitação dos funcionários do Complexo Hospitalar Santa Casa baseou-se em um levantamento de necessidades de capacitação, foco na visão de futuro e diretrizes Institucionais. Trata-se de treinamentos sistemáticos, com objetivo de garantir a excelência dos serviços, de maneira personalizada, humanizada, e assegurando a satisfação dos clientes internos e externos. O fator humano é uma preocupação constante na organização, e foi a partir desta concepção que conseguimos desenvolver uma nítida consciência de que todas as atividades dependem, fundamentalmente, de todos os funcionários da instituição. O treinamento foi planejado e desenvolvido de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada hospital do Complexo, com uma metodologia teórico-prática e uma carga horária de 8 horas/aula. Participaram deste treinamento gestores, líderes, operadores e usuários. Os resultados mais importantes foram: aumento do grau de satisfação dos clientes (funcionário, usuário, médicos, comunidade e fornecedores), maior comprometimento com a humanização, equipe de líderes qualificada, viabilizando uma maior satisfação e motivação de seus funcionários e maior comunicação entre as áreas. Foi concluído, através de pesquisas, que o grau de satisfação do cliente aumenta quando o profissional está mais qualificado. Fica clara a importância de capacitar e instrumentalizar sistematicamente os funcionários, para que tenham a mesma preocupação com o acolhimento e excelência no atendimento a todos os clientes. O projeto está incluso no planejamento de Treinamento e Desenvolvimento 2004-2005, já aprovado pela direção, garantindo assim a sua continuidade.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização, recursos humanos em saúde, satisfação dos consumidores.

ABSTRACT

The present project is about the development and training of the employees from Santa Casa Hospital Complex and was based on a survey of needs in training, concentrating in the future vision of future and institutional guidelines. The project deals with systematic trainings intending to guarantee service excellence in an personalized and humanized way, and assure both internal and external customers' satisfaction. The human factor is a constant concern in the organization and it was from this conception we have achieved the development of clear principles in which is unquestionable that all activities rely crucially upon all the employees of the Institution. Training was planned and developed according to particularities and needs of each hospital unit of the Complex, comprising 8-hour-class practical-theoretical methodology classes. Participants of the training included managers, leaders, operators and users. The most relevant results were improvement of customer's satisfaction degree (customers included personnel, users, medical staff, community and suppliers), better commitment with humanization, qualification of team leaders, making feasible a greater satisfaction and motivation among staff and communication improvement among areas. Through research, it has been concluded that the level of customers' satisfaction increases when personnel is better qualified. It becomes clear the importance of regular training and provision of means so that all individuals in the institution share the same concern with customers' welcoming and health-care service excellence. This project is part of the 2004-2005 Training and Development Planning already approved by the directors, assuring, therefore, its continuity.

KEY WORDS

Humanization, health human resources, consumers' satisfaction.

INTRODUÇÃO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA - é uma entidade filantrópica, assistencial médico-hospitalar, com extensão de ensino e pesquisa em saúde, reconhecida de utilidade pública em nível federal, estadual e municipal. É cadastrada junto ao Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, inscrita no CNPJ sob o nº 92815000/0001-68, com sede à Rua Professor Annes Dias, nº 295, Porto Alegre/RS, Fone (51) 3214.8080 - Fax (51) 3214.8585.

A sua atual diretoria está assim constituída: Provedor – Dr. José Sperb Sanseverino; Diretor Geral e Administrativo – Sr. Olimpio Dalmagro e Diretor Médico – Dr. Jaques Bacaltchuck.

Fundada em 1803, esta Instituição bicentenária é uma das maiores entidades filantrópicas conveniadas com o Sistema Público de Saúde, no Brasil. Possui como missão “desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas de todos os grupos sociais, do estado e do país, apoiada por programas de ensino e pesquisa”.

A busca da compatibilização dos objetivos de nossa missão, do nosso negócio, com os objetivos dos indivíduos e os objetivos sociais da comunidade em que estamos inseridos é um imenso desafio que enfrentamos, mas temos a certeza de que ele será alcançado, pois acredi-

tamos que o grande patrimônio da Santa Casa não aparece nos balanços, mas, sim, está inserido no manancial de recursos humanos que possui e pelos programas de qualificação que executa.

Atualmente, é formada por 07 unidades assistenciais:

- Policlínica Santa Clara – Hospital Geral;
- Hospital São José – único no Rio Grande do Sul especializado em Neurocirurgia;
- Pavilhão Pereira Filho – especializado em Pneumologia;
- Hospital São Francisco – especializado em Cardiologia;
- Hospital Santa Rita – referência brasileira e único hospital do estado especializado no diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer;
- Hospital da Criança Santo Antônio, especializado em Pediatria Clínica e Cirúrgica; e
- Hospital Dom Vicente Scherer, único centro de transplantes de órgãos e tecidos da América Latina.

Esses hospitais somam juntos 1.110 leitos, e foram responsáveis, em 2003, por cerca de 708 mil consultas ambulatoriais, 52 mil internações e 52 mil cirurgias, em pacientes provenientes de todo o Rio Grande do Sul e estados vizinhos.

A manutenção dessa assistência desenvolve-se exclusivamente com recursos que arrecada da prestação de seus serviços. Assim, a Santa Casa tem como diretriz, para seu custeio, a geração de recursos pelo resultado de seu próprio trabalho e, para investimentos, conta com o apoio da comunidade, empresários, Órgãos Públicos e Governos.

Ao longo dos anos, a Santa Casa vem demonstrando grande crescimento no que se refere aos aspectos qualitativos e quantitativos de suas atividades – assistência, ensino e pesquisa – devido ao contínuo desenvolvimento de seus profissionais, somado às melhorias de suas instalações, infra-estrutura e tecnologias, cumprindo com crescente rigor a bicentenária missão de proporcionar assistência de melhor qualidade às pessoas de todo o estado e país.

Em 1993, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia iniciou o processo de implantação da filosofia da qualidade total. Como mérito máximo, conquistou, em 2002, o Prêmio Nacional da Qualidade, tornando-se o primeiro hospital e a primeira instituição de direito privado, sem fins lucrativos, a receber tal distinção. Os resultados da progressiva incorporação da filosofia e metodologia da qualidade total, como método de gestão, proporcionaram, à Santa Casa, a sucessiva conquista dos troféus Bronze (1998), Prata (1999), Ouro (2000 e 2001) e Diamante (2003), do Prêmio Qualidade RS, do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade.

Essas conquistas demonstram todo o empenho e comprometimento da Instituição em proporcionar assistência de qualidade a todas as parcelas da comunidade sul-rio-grandense, firmando-se como uma instituição líder, moderna e com excelência nos serviços.

Com o slogan *Pioneirismo e Tecnologia*, a Santa Casa se caracteriza como a mais antiga Instituição Hospitalar em funcionamento no estado. Pioneira na realização de inúmeros procedimen-

tos médico-assistenciais, bem como pelo desenvolvimento e incorporação de tecnologias, resultantes da própria relação assistência-ensino-pesquisa. A Santa Casa atua no mercado há 197 anos.

CONTEXTO DO TRABALHO/PROJETO

A Santa Casa é um multissistema de pessoas, um organismo vivo e não um conjunto inanimado de equipamentos, instalações e processos tecnológicos postos em operação mecanicamente. O fator humano é uma preocupação constante na organização, e foi a partir desta concepção que conseguimos desenvolver uma nítida consciência de que todas as atividades dependem, fundamentalmente, de todos os funcionários que nela atuam.

A vida pessoal dos membros da organização Santa Casa está cada vez mais indissociável de sua vida organizacional e os reflexos desta se fazem sentir, claramente, na saúde e na qualidade de vida de todos nós.

Todo o projeto que será descrito a seguir baseia-se no planejamento das ações e projetos de treinamento e desenvolvimento do ano de 2003 e 2004, que foram organizados a partir de um levantamento de necessidades de treinamento com todos os funcionários da instituição. Este levantamento teve como base a avaliação de desempenho, desenvolvida pelos líderes, semestralmente, com seus funcionários. A partir deste levantamento, organizou-se a matriz de treinamento, base para as ações tornarem-se realidade, cujo foco principal de necessidade para ser trabalhado com os funcionários foi garantia à excelência dos serviços de forma humanizada e sistemática.

Além do diagnóstico acima, o projeto teve, também, foco na visão institucional ano 2005 e base nas diretrizes institucionais, especialmente às diretrizes Gestão de Pessoas e Conhecimen-

to, Fixação e Satisfação das Pessoas, Capacitação e Aperfeiçoamento das Pessoas e Gestão da Satisfação dos Clientes.

O projeto trata da capacitação dos funcionários dos hospitais abaixo relacionados, independente do cargo exercido, com enfoque na garantia e excelência dos serviços, de maneira organizada, humanizada e sistemática, assegurando a satisfação dos clientes internos e externos. Para tanto, baseou-se na compreensão de que o “atendimento ao cliente consiste numa atitude positiva de dar atenção ao cliente, permitindo que ele manifeste suas necessidades, ouvindo-o com interesse, dando solução aos seus problemas, ou, então, encaminhando-o a pessoa certa”. (Nobre, 1999, p. 53).

A organização e desenvolvimento de todo o treinamento ficaram a cargo do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, envolvendo os seguintes hospitais:

- Hospital Santa Rita;
- Hospital da Criança Santo Antônio;
- Hospital São Francisco;
- Hospital Pavilhão Pereira Filho;
- Hospital São José ; e,
- Hospital Dom Vicente Scherer.

O treinamento foi desenvolvido por hospital, de acordo com o planejamento e com a preocupação de atender as peculiaridades e necessidades de cada hospital. O número de pessoas atingidas foi 3.034 funcionários, sendo que cada funcionário recebeu uma carga horária de treinamento de 8 horas/aula. Cada funcionário tinha a opção de escolher o melhor turno (manhã, tarde e noite) para realizar a sua capacitação.

Todos os conteúdos desenvolvidos abordavam questões que visavam ao aprimoramento da postura do profissional no atendimento ao cliente, de uma forma mais acolhedora.

A evolução tecnológica no mundo – na área médica – é a mais rápida entre todos os setores produtivos. Equipamentos, técnicas e processos tornam-se obsoletos em ciclos cada vez mais curtos. Assim sendo, tanto a estrutura orgânica quanto a estrutura funcional, representantes da instituição orientam-se por cinco premissas básicas, a saber:

- Velocidade: resposta rápida às necessidades e desejos do cliente e do negócio (no tempo certo);
- Adequação: as atividades devem ser sempre direcionadas ao cumprimento de objetivos.;
- Humanização: atendimento humanizado e com excelência na qualidade.
- Flexibilidade: os processos são desenhados de forma a permitir rápidas correções de rota;
- Participação: no sentido de prever a constituição de equipes para o encaminhamento de soluções a problemas focais e/ou corporativos.

Categorias profissionais atingidas pelo projeto:

- Gestores: Diretor Geral, Diretor Médico, Diretor e Gerentes dos Hospitais;
- Líderes de processos: Profissionais de nível superior que exerçam atividade de liderança; e,
- Operadores: Profissionais de nível técnico e operacional de todas as áreas.

Assim, todo o projeto de capacitação desenvolvido teve como foco as diretrizes institucionais e as premissas citadas, buscando a qualificação dos profissionais para um atendimento personalizado, humanizado e sistemático, assegurando a satisfação de todos os clientes usuários da instituição.

JUSTIFICATIVA

“Você tem de escutar os clientes, e, então, agir com base no que disseram.” (WHITLEY, 2000, p. 19).

Vivemos um momento histórico, onde o grau de exigência dos clientes e a concorrência criam um cenário cada dia mais desafiante, pois o número maior de competidores pelo mesmo cliente leva a uma constante e insaciável procura por diferenciais competitivos, que permitam à empresa conquistar a confiança e a fidelidade dos clientes, base essencial para se pensar em auto-sustentação e crescimento.

A excelência nos serviços tem um papel de grande importância para alcançarmos as metas. Considerando que os serviços da Santa Casa são prestados a pessoas com algum tipo de problema de saúde, o que com muita frequência coloca o indivíduo em um estado psicológico diferente do seu normal, tornando-o mais sensível, frágil e ansioso, o que contribui com a avaliação mais crítica que ele fará dos serviços, exigindo dos profissionais um aperfeiçoamento contínuo e dedicação ainda maior.

A realidade é que o mundo moderno está exigindo que empresas e pessoas passem a fazer aperfeiçoamentos e/ou mudanças numa velocidade muito maior.

Assim, o sistema de gestão de pessoas da Santa Casa foi construído de forma a assegurar a captação, capacitação e fixação de pessoas, minimizando a possibilidade de perdas nos investimentos praticados. Ou seja, é preciso contar com recursos humanos aptos e capazes à sustentação do negócio e que, igualmente, possuam potencial a ser desenvolvido e capacitado para fazer frente aos desafios, sendo reconhecidos e incentivados adequadamente no decorrer deste período. Estrategicamente, definem-se duas grandes linhas para o desdobramento das ações do Sistema de Gestão de Pessoas, a saber:

- Fixação e Satisfação das Pessoas;
- Capacitação e Aperfeiçoamento das Pessoas.

Como parte deste processo, queremos, constantemente, qualificar as pessoas a estarem inseridas no processo com foco no cliente, percebendo as suas necessidades, para assim, ajudarmos na sua recuperação.

O propósito deste projeto é que o sucesso de uma organização depende, cada vez mais, do conhecimento, das habilidades, da motivação e da criatividade de sua força de trabalho. Por sua vez, o sucesso das pessoas depende cada vez mais de oportunidades para aprender, experimentar novas habilidades e utilizar a criatividade.

As organizações necessitam investir, continuamente, no desenvolvimento das pessoas, por meio de educação, treinamento e de novas oportunidades de crescimento profissional. Assim, “melhorar constantemente é um conceito que se adquire e que deve fazer parte dos nossos hábitos, a fim de que possamos manter a qualidade no atendimento” (NOBRE, 1999, p. 72).

A capacidade de resposta rápida, flexível e humanizada no atendimento a clientes, constitui, hoje, um requisito crucial na gestão das organizações.

Pesquisas realizadas (pesquisas de satisfação dos clientes elaboradas pela Santa Casa, pesquisa de satisfação dos usuários e dos profissionais de Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde), ao longo dos últimos anos, têm apontado para uma tendência de valorização da qualidade do atendimento ao usuário dos serviços de saúde, em detrimento a aspectos como falta de médicos, falta de medicamentos e falta de espaços nos hospitais. O que se percebe é que as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo, numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos e sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do

relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento, o que chamamos de humanização do atendimento.

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais de todo o Brasil, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que a necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional da saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde vem sendo amplamente reconhecida.

A humanização do atendimento trabalha mais fortemente com aspectos como a valorização da dimensão humana e subjetiva, presente em todo o ato de assistência à saúde.

OBJETIVOS QUE A AÇÃO/PROJETO SE PROPÕE ALCANÇAR

Objetivo geral

Garantir a excelência dos serviços, de maneira personalizada, humanizada e sistemática, assegurando a satisfação dos clientes internos e externos.

Objetivos específicos

- Alcançar metas de resultados estabelecidos;
- Tornar-se referência no atendimento;
- Fidelizar o cliente;
- Alcançar 100% de satisfação do cliente no atendimento;
- Utilizar os clientes como agentes multiplicadores dos serviços da Instituição;
- Qualificar a equipe de profissionais no atendimento humanizado;
- Reforçar o enfoque sistêmico institucional.

Benefícios esperados

- Mudança comportamental nas pessoas, tendo maior comprometimento com a humanização e valorizando o potencial criativo;
- Equipe de líderes qualificada, viabilizando uma maior satisfação e motivação de seus funcionários;
- Melhor identificação das necessidades e satisfação dos clientes (cliente, funcionário, usuário, médicos, comunidade e fornecedores);
- Maior comunicação entre as áreas;
- Maior captação e fidelização de clientes;
- Melhoria nos resultados da instituição.

AÇÕES DESENVOLVIDAS, CONTEÚDOS TRABALHADOS E METODOLOGIA APLICADA: CONTEÚDOS TRABALHADOS

Gestores

- Análise de cenários internos e externos;
- Análise do negócio;
- Avaliação de desempenho;
- Gestão de pessoas – liderança, equipe;
- Comunicação gerencial humanizada e atitude de propriedade de gestão.

Líderes

Módulo I

- Mercado atual;
- Valorização pessoal e profissional;
- Fundamentos da liderança;
- Trabalho em equipe.

Módulo II

- Avaliação de desempenho;
- Comunicação verbal e não verbal – ferramentas da comunicação;
- Postura profissional;
- Atendimento humanizado ao cliente;
- Responsabilidades do líder: treinamento, reuniões, administração de conflitos, como conduzir a equipe em fase de mudança;
- Melhorias a serem implantadas, na equipe, para o bom desempenho do atendimento humanizado.

Operadores

Módulo I

- Mercado atual;
- Competências e habilidades do profissional da área da saúde;
- Atendimento humanizado ao cliente;
- Trabalho em equipe.

Módulo II

- Tipos de comunicação – comunicação verbal e não verbal;
- Consenso;
- Postura humanizada no atendimento;
- Melhorias a serem implantadas na equipe para o bom desempenho do atendimento humanizado;
- Motivação.

METODOLOGIA

O treinamento foi teórico e prático, envolvendo conteúdos teóricos com a distribuição de uma apostila, simulações e dinâmicas de grupo.

A sala de aula tem capacidade para 30 pessoas, onde as cadeiras são móveis para facilitar os trabalhos em grupo. Além disso, as salas de treinamento têm os seguintes recursos audiovisuais: DataShow, retroprojeter, vídeo, TV, flip-chart, computador e aparelho de som.

Cada turma recebeu uma carga horária de 8 horas/aula, distribuídas nos seguintes turnos: manhã, tarde e noite. As inscrições foram realizadas pelos próprios funcionários dentro da sua jornada de trabalho. Para fins de melhor desenvolvimento do conteúdo programático, em cada hospital, foi desenvolvida uma média de 12 turmas.

O público atingido por este projeto foi de 3.034 funcionários, dos seguintes hospitais: Hospital Santa Rita, Hospital da Criança Santo Antônio, Hospital Dom Vicente Scherer, Hospital São Francisco, Hospital Pereira Filho e o Hospital São José, sendo estes hospitais unidades da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Os funcionários contemplados com este projeto pertencem às seguintes categorias profissionais:

- Profissionais da área assistencial, líderes e operadores: enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, atendentes de nutrição, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos e bioquímicos, técnicos de RX, e
- Profissionais da área administrativa, líderes e operadores: recepcionistas, caixas, auxiliares de serviços gerais, auxiliar de laboratório, vigilantes, porteiros e telefonistas.

Durante todo o projeto, houve participação, tanto de Gestores como Diretores de Hospital, Diretor Geral e Diretor Médico, como também trabalhadores e usuários.

O projeto teve o seu início com o grupo de Gestores da Instituição, trabalhando o aperfei-

çoamento das técnicas de gestão. Desde o primeiro encontro, o enfoque de humanização predominou em relação aos conteúdos trabalhados.

Quanto aos trabalhadores, 100% participaram deste projeto. Em relação aos usuários, tivemos duas linhas de ação:

- 1ª linha: aplicação de uma pesquisa pré e pós-treinamento aos clientes dos diversos hospitais, com relação à satisfação do atendimento, e
- 2ª linha: participação dos clientes em treinamentos, dando depoimentos de suas satisfações e sugestões de melhorias para os funcionários, com relação ao atendimento aos usuários e clientes internos.

RESULTADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

Em todos os eventos de treinamento, foi aplicada a avaliação de reação, sendo que os participantes registraram a sua opinião através de um conceito (a desejar, regular, bom, muito bom e ótimo) quanto aos aspectos: da organização (ambiente físico, equipamentos, material e carga horária), metodologia (aplicabilidade e seqüência dos assuntos tratados), desempenho (do instrutor e o nível de aproveitamento do participante), assim como o grau de satisfação do participante em relação ao treinamento. A avaliação foi finalizada com um campo destinado a sugestões/melhorias informadas pelos participantes. No caso de sugestões aos instrutores, existiram duas formas de encaminhamentos de melhorias:

- 1ª - *Feedback* diretamente ao instrutor ao final da aula, a respeito do seu desem-

penho, e efetivando as melhorias necessárias e imediatas;

- 2ª - Encaminhamento ao instrutor dos quesitos sugeridos pelos participantes, que, por sua vez, elabora um plano de ação com as modificações propostas para o atendimento das necessidades dos participantes do treinamento.

Quando os contratos de treinamento não atingirem a meta estabelecida, são realizadas reuniões com as chefias para análise do cumprimento.

O monitoramento do grau de satisfação do cliente externo, realizado mensalmente, onde as melhorias são efetuadas juntamente com as áreas que apresentam defasagem nos resultados, em comparação à meta estipulada, é um item de controle do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Um dos aspectos que consideramos inovador, neste projeto, é a preocupação em capacitar e instrumentalizar os funcionários como multiplicadores dos conteúdos recebidos em treinamento, para que, assim, todos tenham o mesmo conhecimento da linguagem a ser utilizada no atendimento humanizado aos clientes.

Outro aspecto a ser destacado é que, em todos os treinamentos realizados, houve um comprometimento da liderança no desenvolvimento dos trabalhos. Em cada turma, registrou-se um contrato de treinamento com os profissionais e lideranças, com o intuito de monitorar resultados e realizar melhorias em diversos indicadores pertinentes em cada hospital. Estes resultados foram avaliados após um período de 30 e 60 dias posteriores à realização do treinamento, confirmando, assim, a real eficácia dos resultados do treinamento.

Para complementar, a constante revisão dos processos, através de reuniões sistemáticas, na relação cliente x instituição, formatan-

do os formulários de procedimentos operacionais padrão, visando a dar agilidade e assistência no processo de atendimento aos clientes.

As melhorias e inovações são implementadas a partir da revisão do não atingimento das metas estabelecidas, tendo como a base a realização de planos a partir da revisão do não atin-

gimento das metas estabelecidas, *feedback* dos participantes de treinamentos a respeito de conteúdos desenvolvidos, retorno do cliente através das pesquisas realizadas com os mesmos, considerando a sua satisfação e observações.

Abaixo alguns resultados quantitativos de alguns hospitais já trabalhados com este projeto:

TABELA 1 – RESULTADOS DO HOSPITAL SANTA RITA

Grau de satisfação do treinamento: 93,20% Meta: 90%	Pré-treinamento	Pós-treinamento
Média horas treinamento por funcionário	2,56	6,36
Média de permanência	8,37 dias	7,92 dias
Média da taxa de ocupação	80,90% mês	84,04% mês
Pesquisa com funcionários: Em relação ao atendimento Em relação ao relacionamento da equipe	70,52% MB + Ótimo 55,04% MB + Ótimo	91,11% MB + Ótimo 88,65% MB + Ótimo
Pesquisa com pacientes: Sentiu-se bem atendido, na recepção e portaria? Sentiu-se bem atendido na enfermagem, nutrição e hospedagem? Voltaria a utilizar nossos serviços?	84,07% MB + Ótimo 79,72% MB + Ótimo 100% Sim	91,52% MB + Ótimo 93,64% MB + Ótimo 100% Sim

TABELA 2 – RESULTADOS DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

Grau de satisfação do treinamento: 89,69% Meta: 90%	Pré-treinamento	Pós-treinamento
Média da taxa de ocupação	86,37%	89,50%
Média da taxa de absenteísmo	2,09%	1,96%
Pesquisa com funcionários: Em relação ao atendimento Em relação ao relacionamento da equipe	71,58% MB + Ótimo 66,36% MB + Ótimo	76,54% MB + Ótimo 85% MB + Ótimo
Pesquisa com pacientes: Sentiu-se bem atendido, na recepção e portaria? Sentiu-se bem atendido na enfermagem, nutrição e hospedagem? Voltaria a utilizar nossos serviços?	74,37% MB + Ótimo 82,97% MB + Ótimo 86,59% Sim	100% MB + Ótimo 92% MB + Ótimo 100% Sim

TABELA 3 – RESULTADOS DO CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO E HOSPITAL DOM VICENTE SCHERER

Grau de satisfação do treinamento: 90,13% Meta: 90%	Resultado da Pesquisa
Pesquisa com pacientes: Sentiu-se bem atendido, no estacionamento, em relação à cordialidade? Sentiu-se bem atendido no estacionamento, em relação às informações dadas? Sentiu-se bem atendido na recepção, em relação à rapidez? Sentiu-se bem atendido na recepção, em relação à cordialidade?	96,67% Sim 96,67% Sim 96,67% Sim 98,33% Sim

POSSIBILIDADE DE CONTINUIDADE E/OU AMPLIAÇÃO DA INICIATIVA

O projeto está contemplado no plano de ação do ano de 2004/2005, do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, já aprovado pela direção, garantindo, assim, sua continuidade. Outros aspectos são as avaliações positivas, tanto dos funcionários como dos clientes, e os resultados obtidos em 2003, garantindo a manutenção e operacionalização do projeto.

É importante salientar que este projeto atinge a todos os funcionários e clientes de todos os convênios, incluindo principalmente SUS, que é o nosso maior público assistido.

Na continuidade, em abril/04, iniciaremos, no Hospital Policlínica Santa Clara, pois este ainda não foi contemplado como os demais hospitais do Complexo. Para este hospital, atingiremos um número de 850 funcionários, de todas as áreas, com os mesmos conteúdos acima abordados.

No término do treinamento neste hospital, faremos uma reciclagem sistemática em todos os hospitais do Complexo, como forma de aprimoramento dos profissionais, assim como para assegurar a satisfação dos clientes externos, dentro das metas de satisfação estabelecidas.

Cabe ao Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DDRH, a missão de promover o desenvolvimento de recursos humanos da instituição, mediante ações de apoio e educação continuada, visando à satisfação das necessidades de crescimento pessoal, técnico e científico, para efetivar a melhoria contínua dos resultados na busca da excelência dos serviços.

Assim, de acordo com o planejamento estratégico de treinamento e desenvolvimento para 2004/2005, desenvolveremos e reforçaremos o atendimento em todos os hospitais, para que, assim, possamos garantir a excelência dos serviços prestados aos usuários de todas as classes sociais, de uma forma humana e padronizada.

REFERÊNCIAS

- BROOKS, Willian T. **Vendas de alto impacto**. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.
- CALDERARO, Marta. **Etiqueta e boas maneiras**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- GESTÃO do Conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, 2000. Harvard Bussines Review.
- IRMANDADE DA SANTA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **Relatório anual 2002**. Porto Alegre, 2003.
- JALOWITZK, Marise. **Manual comentado de jogos e técnicas vivenciais**. Porto Alegre: Sulina, 1998.
- KIRBY, Andy. **150 jogos de treinamento**. São Paulo: T&D, 1992.
- MILITÃO, Albigenor; MILITÃO, Rose. **Jogos, dinâmicas e vivências grupais**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.
- MOSCO VICI, Felá. **Equipes dão certo**. Porto Alegre: José Olympio, 1994.
- NOBRE, J. A. **Sua excelência o cliente**. Porto Alegre: RH, 1999.
- _____. **Escola de resgate de líderes**. Porto Alegre: Literalis, 2002.
- RIBEIRO, Célia. **Boas maneiras e sucesso nos negócios**. Porto Alegre: L&PM, 1993.
- SILVEIRA NETO, Fernando Henrique. **Outra reunião?** São Paulo: COP, 1992.
- WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- XAVIER, Ricardo de Almeida Prado. **Você S.A.** Rio de Janeiro: STS, 2000.

HUMANIZAÇÃO EM AÇÃO: SENSIBILIZANDO OS PROFISSIONAIS PARA O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

HUMANIZATION IN ACTION: SENSITIZING PROFESSIONALS TO THE HUMANIZATION PROCESS

Antônio Joesting Siedler

Administrador adjunto da SCMP, especialista em Administração Hospitalar

Dirce Stein Backes

Gerente do Serviço de Enfermagem da SCMP, mestre em Enfermagem

Inês Munari Palomino

Responsável técnica pelo Serviço de Nutrição da SCMP, especialista em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde

Margarete Bicca Lemos

Responsável técnica pelo Serviço de Farmácia da SCMP

Olinda Prestes

Contadora Geral da SCMP, especialista em Administração Hospitalar - PVC. Administração Hospitalar

Endereço: Praça Piratinino de Almeida, 53 - Centro - 96015-290 Pelotas RS. Telefone: 284.4700-707;

E-mail: santacasaenf@terra.com.br

RESUMO

O Grupo de Humanização da Santa Casa de Misericórdia, fundado em junho de 2003, visa a criar condições no espaço coletivo para a sensibilização e qualificação das relações de trabalho entre os profissionais e, conseqüentemente, qualificar e humanizar a assistência aos usuários. Formado por 18 profissionais da equipe multiprofissional, o grupo buscou, juntamente com a administração do hospital, estabelecer eventos participativos e dinâmicas interativas com os funcionários da instituição para dar visibilidade às ações de humanização já implementadas e reconhecer o significado de "humanização" no ambiente hospitalar. Verificou-se que iniciativas aparentemente insignificantes interferem decisivamente na satisfação e bem-estar dos trabalhadores e usuários. A humanização, neste sentido, enquanto um conjunto de valores humanos e éticos, apontará novos caminhos e novas possibilidades para atingir a qualidade e credibilidade dos serviços de saúde. O grau de humanização está diretamente relacionado ao grau de envolvimento e participação dos funcionários. O trabalho reconhecido e valorizado possibilita ao ser humano exercer as suas potencialidades criativas, desde que as condições ambientais e profissionais sejam facilitadas e estimuladas. Em suma, as energias individuais e grupais, se canalizadas efetivamente para a concretização de objetivos institucionais, possibilitam, ao profissional, condições de explorar as suas potencialidades e criatividade, o que resulta em realização pessoal, profissional e êxito institucional.

PALAVRAS-CHAVE

Ambiente de trabalho, equipe de saúde, humanização.

ABSTRACT

The Santa Casa de Misericórdia Humanization Group, founded in June 2003, aims at creating conditions within the collective space for the sensitization and qualification of work relationships among professionals and, consequently, qualifying and humanizing the users' assistance. Constituted of 18 professionals from the multi-professional staff, the group, together with the hospital administration, aimed at establishing participative events and interactive dynamics with the employees of the institution so as to provide visibility to the humanization actions already implemented and acknowledge the meaning of "humanization" within the hospital environment. It was noticed that apparently insignificant initiatives have decisive influence on the workers and users' satisfaction and well-being. In this sense, humanization, as a group of human and ethical values, will point out new ways and new possibilities to reach quality and credibility in health services. The humanization level is directly related to the workers' engagement and participation level. The recognized and valued work enables the human being to perform his/her creative potentialities, since the environmental and professional conditions are facilitated and stimulated. In short, the individual and collective energies, if really directed towards the accomplishment of institutional goals, enable the professional to explore his/her potentialities and creativity, resulting in personal and professional achievement and institutional success.

KEY WORDS

Job environment, health team, humanization.

INTRODUÇÃO

Falar em humanização no contexto hospitalar requer dos profissionais uma reflexão sobre o contexto das relações internas e externas da organização. A humanização, neste sentido, implica necessariamente na compreensão do humano em relação ao profissional, ao paciente e aos seus familiares.

Para desencadear um processo de humanização, pode ser necessária uma mudança na cultura organizacional, sendo importante que, no ambiente de trabalho, os profissionais tenham conhecimento de seus pontos fortes e fracos. É necessário, também, que cada profissional tenha consciência de sua função e saiba o quanto é importante o compartilhamento de informações no espaço coletivo, para que os resultados sejam atingidos de forma integrada.

A equipe, quando compartilha o mesmo sonho, supera o individualismo e os desafios da competitividade. Logo, as chances de sucesso aumentam, quando o trabalho é compartilhado e valorizado de acordo com as potencialidades de cada profissional.

A humanização do ambiente hospitalar requer comprometimento e envolvimento por parte de todos os profissionais da equipe. A transformação do modo assistencial, portanto, somente é possível, a partir de uma sensibilização dos trabalhadores quanto às atitudes e comportamentos que envolvem o ser e fazer profissional.

Os profissionais, apesar da complexidade tecnológica crescente, estão cada vez mais à procura de respostas que satisfaçam às necessidades humanas de sensibilidade e respeito à dignidade da pessoa humana. Questionamentos relacionados à crise de significação da vida humana, da ética e da humanização, provocam e interpelam a sua consciência a todo o momento. Assim, a humanização, mais do que um programa coletivo, requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática dos profissionais de saúde.

A humanização do ambiente hospitalar começa com a qualidade das relações entre todos os funcionários. Neste sentido, sensibilizar a equipe significa repensar os valores éticos imbricados nas múltiplas relações e, dentre elas, no processo do cuidado, significa, ainda, promover o bem comum acima de interesses individuais.

Desta forma, a proposta de trabalho foi realizada na Santa Casa de Misericórdia, na cidade de Pelotas, localizada no Extremo Sul do Rio Grande do Sul. Fundada em 1847, presta serviços de saúde à comunidade local e regional. Trata-se de um hospital geral de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com mais de 60% de seus leitos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde. Tem por missão: “prestar assistência de excelência e referência na área da saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população da Região Sul do Rio Grande do Sul, através da utilização dos recursos disponíveis na

atual infra-estrutura e, através do compromisso de atualizar as tecnologias, para suprir as mudanças sociais, garantindo a continuidade no desenvolvimento da instituição". Os princípios para o cumprimento da Missão primam por: "respeitar o ser humano e seus direitos; seriedade e qualidade na prestação dos serviços ao paciente; garantir a privacidade do paciente e o sigilo profissional; reconhecer os recursos humanos como fator gerador de qualidade; valorização do corpo clínico; vanguarda tecnológica; preservar e reinvestir no patrimônio". A instituição possui, no seu quadro profissional, mais de 800 funcionários, distribuídos nas áreas administrativas, assistenciais e de apoio.

OBJETIVO

Construir e estimular um espaço coletivo para reflexão, sensibilização e expressão de eventos e dinâmicas interativas e criativas com todos os profissionais e colaboradores, afim de integrá-los e motivá-los para o processo de humanização.

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Desencadear um processo de mobilização coletiva para a produção de conhecimento em um determinado foco supõe, de acordo com Silva (1996), um jogo tático por parte dos organizadores para envolver e estimular a participação dos trabalhadores no processo de sensibilização coletiva. Produzir conhecimento de forma democrática e coletiva sobre a humanização pressupõe, neste contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático do conhecimento, afim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu

papel de sujeitos da produção de sua inteligência em relação à temática.

Os profissionais, a partir de dinâmicas interativas e oficinas de sensibilização, entendem que a humanização significa aliar competência técnica à ternura humana e permitir que o coração se manifeste nas relações de trabalho do dia-a-dia. Representa, ainda, um espaço de solidariedade, respeito, diálogo, preocupação com o outro, assim como de promoção de relações mais efetivas entre os colegas, considerando o paciente como a razão de ser da existência do hospital. Neste sentido, o processo de sensibilização é fundamental para humanizar as relações dos profissionais entre si e, conseqüentemente, destes com os pacientes.

Promover um processo de humanização, neste contexto, não consiste em mágica extraordinária ou no investimento de custos elevados para a instituição. Muito mais do que mudanças e adaptações do ambiente físico, são necessárias mudanças de comportamento humano, o que parece, hoje, fazer a grande diferença na prestação de serviços.

Assim, é preciso ter presente o fator humano como fonte de relação, reflexão, ação e humanização. Iniciar o processo de humanização na instituição, a partir da sensibilização dos profissionais e gestão, representou, para mim, pesquisadora, um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma grande meta para a equipe de humanização: sensibilizar a equipe internamente, criar vínculos de coesão e convicção entre os integrantes e criar uma relação de respeito consigo mesmo e com o outro, ou seja, humanizar as relações entre os integrantes da própria equipe se constituiu em um pressuposto de mobilização coletiva.

O processo de humanização passa necessariamente pela percepção do ser humano em todas as suas dimensões e manifestações. Os laços afetivos tornam as pessoas e as situações

preciosas, humanas e portadoras de valores éticos e humanos. Contudo, é preciso criar um espaço para a expressão de sentimentos, porque é, na sua manifestação, que o ser humano se torna sensível ao que está à sua volta. Corroborando com a idéia, Boff (1999) lembra que é o sentimento que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas e suscita abertura e acolhimento do diferente.

Em suma, muito mais do que a competência técnica, é preciso dar ênfase ao ser e ao fazer profissional, à ética, ao respeito e à dignidade da pessoa humana. Portanto, todas as iniciativas são válidas, quando se fala em humanização, desde que haja sensibilidade e envolvimento dos profissionais das diversas áreas de atuação.

Com o intuito de mobilizar todos os trabalhadores para a importância do processo de humanização no hospital, foram estimuladas diversas atividades interativas de valorização pessoal e participação coletiva, na expectativa de aproximar os setores, fortalecer as relações de equipe, agregar valores, reconhecer os trabalhos de humanização e debater sobre suas ações já implementadas pela equipe de humanização. Assim, a "Humanização em Ação" foi o tema escolhido para nortear os trabalhos da VI Semana de Enfermagem, o I Fórum de Humanização e o Concurso de Redações desenvolvidos na semana de 15 a 20 de maio de 2004, na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

AÇÕES IMPLEMENTADAS

Semana de Enfermagem

Por ocasião da V Semana de Enfermagem, para potencializar qualidades pessoais e coletivas, as equipes de cada setor buscaram demonstrar, de forma criativa, dinâmica e comprometida, atividades de humanização que já vinham

sendo desenvolvidas em cada área específica do hospital, com o tema: *Humanização em Ação*. As expressões e manifestações dos profissionais foram as mais diversificadas possíveis. Um clima de satisfação, integração e participação tomou conta do ambiente e de todos os participantes. O evento foi destinado aos colaboradores de todos os setores do hospital. Na ocasião, foram apresentados trabalhos científicos, artesanais e audiovisuais, além das conquistas e melhorias já alcançadas na assistência a pacientes.

Concurso de redações

O concurso de redações que contou com a participação de um número significativo de funcionários, dos mais diversos setores do hospital. O grau de instrução dos participantes variou entre 1ª grau incompleto à pós-graduação, sendo que os três primeiros classificados possuíam 2º grau completo. Para tornar a atividade ainda mais atraente, a equipe indicou uma comissão avaliadora, com o objetivo de classificar as dez melhores redações a serem premiadas. Os critérios de avaliação basearam-se, fundamentalmente, na profundidade, clareza e objetividade na abordagem do tema.

A divulgação dos resultados foi realizada com um ato solene, no Auditório, com a presença e apoio da Direção e Provedoria do Hospital. As redações classificadas foram lidas para os participantes e, após, premiadas. Neste sentido, o evento se constituiu em um espaço altamente educativo, participativo e de valorização das potencialidades e habilidades dos profissionais. Buscou-se a conscientização dos trabalhadores acerca da humanização, no sentido de proporcionar um processo estimulador, criativo, crítico e inovador, por se ter presente que, quanto mais o trabalhador for levado a refletir sobre a sua situacionalidade, mais emergirá dela

conscientemente, carregado de compromisso com sua realidade, da qual não deve ser simples espectador, mas ator e sujeito de transformação. A profundidade do tema abordado retratou inúmeras concepções e entendimentos quanto ao enfoque da humanização. Enquanto alguns descrevem a humanização centrada no paciente, outros focalizam a humanização no trabalhador e outros, ainda, nas condições de trabalho.

O primeiro classificado do concurso, funcionário com apenas um mês de serviço na instituição, do setor da portaria, reportou-se, inicialmente, como leigo na Instituição, para a sua visão de funcionário do hospital. Valem destacar, neste sentido, a sua capacidade de análise, observação e reflexão acerca do tema. Enquanto outros, talvez, necessitassem muito tempo para perceber a importância da temática, este profissional visualizou uma forte relação e integração entre todos os setores, que, no seu ponto de vista, significa humanização.

Humanização já!

Ambiente frio, marcado pelo medo, pela dor e pelo sofrimento. Esta é a visão, que muitas pessoas possuem de um hospital; esta é a visão de quem vê um hospital pelo lado de fora.

Ao passar da portaria, a pessoa que pensa isso muda completamente. O ambiente aquece com o calor humano, o medo dá lugar à calma, a dor, ao alívio e o sofrimento, à esperança.

Em um hospital, é necessária e fundamental a humanização. É preciso dar condições para que pacientes e familiares sintam-se bem diante a situação em que se encontram.

Dos médicos aos porteiros, dos diretores aos copeiros, da higienização aos enfermeiros, enfim, a humanização deve partir de todos os que fazem esta "cidade" à parte funcionar.

Esta "cidade" tem vários "moradores", cada um

com uma história, cada um com uma necessidade de carinho, um cuidado diferenciado, mas todos possuem um único objetivo, a vida. (Porteiro)

A segunda classificada, funcionária com vários anos de trabalho na instituição, reportou-se à humanização de forma crítica e provocadora. A partir de uma leitura da realidade global, relaciona humanização com a tecnologia, com o materialismo desenfreado e o individualismo crescente.

Humanização não são palavras, mas atitudes

Numa época em que há o risco de as pessoas se transformarem em meio a tanta miséria humana, é comum nos depararmos com notícias tipo: "filho mata os pais", "tênis da onda" é motivo de cobiça nas ruas, sem falar que nos assustamos até com um bom dia desprezioso, dado por um desconhecido na rua, achando que é assalto e não sinal de boa educação.

Que mundo "meu Deus", em que o poder aquisitivo de uns é um insulto para outros! E nesse tumulto de falsos valores, busca-se, hoje, urgentemente, uma palavra esquecida pela correria diária "A humanização". Para uns, palavra de significado desconhecido, para outros, a salvação das gerações futuras.

Será que no meio de tantos gestos automatizados, cronometrados, ela terá espaço? Certamente, quando o relógio despertar, anunciando a largada de um novo dia, para uma corrida tão cheia de obstáculos que virou nossas vidas, nos conscientizaremos. (Técnica de Enfermagem)

Fórum de Humanização

O Fórum de Humanização, com o tema *Humanização em Ação*, objetivou dar visibilidade às atividades do Grupo de Humanização, bem

como abrir e estimular um espaço coletivo para o debate e troca de experiências a respeito do processo de humanização vigente na instituição. Realizado no dia 12 de maio, o evento lotou o Auditório do Hospital. Os participantes, trabalhadores e colaboradores de diferentes setores demonstraram intensa participação, integração e satisfação.

Dia do Abraço

O abraço emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros, porque não existimos, coexistimos e convivemos com as realidades mais imediatas. Assim, é um sentimento que perpassa todo o ser. Contudo, perdeu-se, em parte, a visão do ser humano como um ser de relações ilimitado, ser de criatividade, de ternura e de cuidado. Para tanto, mostra-se pertinente à assertiva de Boff (1999), quando enfatiza que é imprescindível, no contexto da humanização, construir o mundo pessoal e coletivo, a partir de laços afetivos que tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. O abraço é, portanto, um destes atos que revela a capacidade do ser humano de se emocionar, de se envolver e se comprometer afetivamente. O ser humano pode modificar o seu meio e modificar-se a si mesmo (KANAANE, 1994).

Deste modo, foi criado e incentivado o Dia do Abraço no hospital, sempre aos dias 17 de cada mês, com divulgação prévia, com o intuito de estreitar os vínculos humanos e profissionais entre os diversos setores. A data foi escolhida aleatoriamente pela equipe, e a idéia foi bem aceita por todos, sendo que a mobilização da proposta se deu de forma espontânea e voluntária entre os trabalhadores, inclusive pacientes. Inicialmente, chamaram a atenção da equipe as diferentes expressões e respostas ao abraço.

Abraço do tamanho da Santa Casa

Também foi lançada a idéia do Abraço à Santa Casa, como reflexo do *Dia do Abraço*, em comemoração aos 157 anos. O ato simbólico reuniu funcionários e familiares, pacientes e também pessoas que passavam pela rua no momento. O gesto se revestiu de uma intensa emoção e alegria. O evento surpreendeu a todos, principalmente pelo número de participantes, que superou a expectativa de todos os integrantes que, entre funcionários, dirigentes, médicos, familiares, fornecedores e comunidade em geral, somaram aproximadamente 700 pessoas. Após o ato simbólico, o provedor da instituição cortou o bolo dos 157 anos ao som do "Parabéns a você", na voz do Coral da Santa Casa, que também apresentou canções de autoria própria.

A humanização, neste contexto, encontra uma resposta em Silva (2000, p.88), quando diz que precisamos "viver a vida com a compreensão de que cada dia é único, não guardando nada para uma ocasião especial". Todo dia, de fato, é uma ocasião especial. Deste modo, as relações humanas são especiais e possibilitam compreender a força que há num toque, num abraço e num gesto de acolhida. Para tornar as relações humanas especiais, bastam pequenos reconhecimentos, pequenos gestos e pequenas relações de cuidado. O abraço, neste aspecto, possui um sentido de vínculo e de integração. O Abraço na Santa Casa, em síntese, superou as barreiras físicas, culturais, profissionais, sociais e históricas e atingiu um nível mais profundo de compromisso.

Concurso de frases envolvendo todos os profissionais

O grupo de apoio da Santa Casa de Misericórdia premiou, por ocasião das comemorações

dos 157 anos, as três melhores frases em resposta à pergunta: o que a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas representa para você?

Apesar da simplicidade na expressão dos sentimentos, as frases sintetizaram todos os ideais que o hospital carrega nestes 157 anos de luta em favor da saúde da população. Confira as três frases premiadas:

- A luta pela vida, a fé de um novo dia e a esperança de um dia melhor;
- Instituição soberana que, com sua imensa acolhida, alivia a dor de quem, com esperança, vem em busca da cura;
- Santa Casa – sabedoria para ensinar, coragem para lutar, esperança no amanhã e a certeza de que somos uma grande família.

Jubilados recebem medalha de reconhecimento

Como forma de agradecimento e reconhecimento aos colaboradores com uma “história de vida e dedicação” na instituição, a administração da Santa Casa de Misericórdia resgatou um “evento histórico”, já realizado, por diversas vezes, há alguns anos, condecorando os funcionários e médicos com 25 anos ou mais de serviços prestados ao hospital. Os 76 jubilados foram homenageados com a medalha “Trabalho e Caridade”, em solenidade realizada por ocasião das celebrações dos 157 anos da instituição.

Funcionários Destaque da Santa Casa

Atendendo a uma das sugestões expressa pelos funcionários no “Banco de Idéias” e, para tornar a semana de comemorações do aniversário dos 157 anos da Santa Casa ainda mais

emocionante, o Provedor do hospital entregou diplomas de “Funcionário Destaque” a cada um dos escolhidos entre os setores e serviços do hospital. Durante a solenidade, houve muita emoção, desabafos e descontração.

Atendimento humanizado ao telefone

Tendo presente que a comunicação eficaz e eficiente é um elemento determinante no processo de humanização, o grupo de humanização estabeleceu critérios objetivos para o atendimento do telefone na instituição, a começar pela identificação do setor, nome do funcionário e cumprimento. O atendimento humanizado ao telefone visa a estreitar e qualificar as relações entre a equipe multiprofissional, usuários e comunidade.

Banco de Idéias

A criação do *Banco de Idéias* foi uma iniciativa do grupo de humanização, com o objetivo de estimular a participação da coletividade no processo de humanização, através de sugestões, e/ou idéias. No entanto, em vez de idéias e sugestões, o espaço foi ocupado, também, para reivindicações e/ou questionamentos relacionados à temática da humanização.

Festival de Talentos

Integrando a Semana da SIPAT, o grupo de humanização buscou, de forma integrada e criativa, valorizar os talentos musicais, teatrais, audiovisuais e culturais dos trabalhadores e colaboradores pertencentes aos diversos setores. Para estimular e recompensar os “talentos destaques”, foram entregues premiações e lembranças de acordo com a classificação dos participantes.

Brechó

Tendo em vista que a humanização pressupõe gestos solidários concretos, o grupo de humanização, conjuntamente com os Sipeiros 2004 e Associação de funcionários, estimulou a “doação”, entre os funcionários, médicos e colaboradores, de utensílios e vestuários que, posteriormente, foram vendidos por um valor simbólico, com o objetivo de angariar fundos para a realização da SIPAT 2004.

CONCLUSÃO

A humanização em saúde, especificamente no âmbito hospitalar, envolve, essencialmente, o trabalho conjunto e integrado de diferentes profissionais. O trabalho interdisciplinar, se valorizado e reconhecido, pode favorecer uma multiplicidade de enfoques e alternativas, para uma compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento humanizado ao paciente.

Humanização pressupõe atitudes, valores e comportamentos, que podem ser traduzidos em palavras simples: “Bom dia”, “Obrigado”, “Posso ajudar?”, como também, através de um reconhecimento sincero por uma ação desenvolvida. Humanização é permitir que o nosso coração se manifeste nas relações de trabalho. É a capacidade de ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo tempo, ter vigor, resistir, poder traçar caminho e participar efetivamente na concretização de ações coletivas. Em suma, humanização é favorecer a recuperação da comunicação, da integração e da participação entre a equipe de profissionais de saúde e o usuário.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.** 2. ed. Brasília, DF, 2002.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS. **Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.** Pelotas, 2004. Registrado no Serviço Notarial e Registral Rocha Brito, nº 82.390, f. 183, livro nº “A” 5 de 15 jan. 2004.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI.** São Paulo: Atlas, 1995. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **HumanizaSAÚDE: Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.

_____. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar.** São Paulo: Gente, 2000.

HUMANIZAÇÃO: OPÇÃO OU CONDIÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

HUMANIZATION: OPTION OR CONDITION IN THE CONTEMPORARY SOCIETY

Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS, docente da Faculdade de Serviço Social da PUCRS. Coordenadora do Departamento de Supervisão e Prática da FSS/PUCRS. Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública/SES/RS, membro da Equipe de Coordenação da Política Estadual de Humanização da Assistência à Saúde ESP/SES, membro do Comitê Estadual de Humanização/RS

RESUMO

Este artigo trata da Política de Humanização do Atendimento à Saúde-PHAS, que, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH, a Secretaria Estadual da Saúde/RS propõe inaugurar um novo pacto entre os sujeitos como forma de resistência a uma realidade que se caracteriza, segundo Leonardo Boff, pela falta de cuidado, sendo este o "estigma de nosso tempo". A Política de Humanização da Assistência à Saúde-PHAS/SES, ao se preocupar, principalmente, com as práticas profissionais, reconhecendo suas limitações, estabelecendo novas prioridades, investindo na criação de novas relações entre o trabalhador-cuidador e sujeito-usuário, direcionando para a autonomia de ambos na responsabilidade e no cuidado com sua ação profissional (trabalhador-cuidador) e com sua saúde (sujeito-usuário), cuida do cuidador e do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidadores, humanização, prática profissional.

ABSTRACT

This article discusses the Humanization Policies of Health Care (PHAS-SES) planned by the Rio Grande do Sul State Health Department, in concurrence with the guidelines of the National Policies of Humanization. The proposal is to initiate a new pact among subjects as a way of opposing a reality marked by the lack of care, a "stigma of our times", according to Leonardo Boff. The proposed policies mainly focus professional practice, recognizing its limitations, establishing new priorities, investing in the development of new worker-carer and subject-user relationships towards their autonomy as to responsibility and care of their professional action (worker-carer) and their health (subject-user), taking care both of the carer and the subject who is cared for.

KEY WORDS

Carers, humanization, professional practice.

INTRODUÇÃO

[...] o que me surpreende é que, em nossa sociedade, a arte somente tenha relação com os objetos, e não com os indivíduos ou com a vida; e também que a arte seja um domínio especializado, o domínio dos especialistas que são artistas. Mas a vida do indivíduo não poderia ser uma obra de arte? Por que uma mesa ou uma casa são objetos de arte, e não nossa vida? (FOUCAULT)

“Por que uma mesa ou uma casa são objetos de arte, e não nossa vida?” Com essa indagação, Foucault remete-nos a refletir sobre as relações humanas nessa sociedade que vivemos.

Sociedade plena de contradições. Identificada como a sociedade do conhecimento e das novas tecnologias da comunicação, armou para si um arcabouço de possibilidades que, por não libertá-la, aprisionou em espaços minúsculos, escravizando-a a necessidades materiais, a aparelhos eletrônicos que substituem pessoas e afetos.

Os sintomas dessa sociedade se manifestam de diversas formas, seja pelo descuido, pelo abandono, pelo consumismo exacerbado, valorização do ter e não do ser, pelo descaso com a natureza, pela banalização do sofrimento do outro, pela impunidade, pela extrema desigualdade social...

Desigualdade social essa que penaliza de forma desumana populações inteiras, reiteran-

do a lógica da destituição e privação de direitos, alimentada por um sistema que sabe produzir, mas que não distribui de forma justa, provocando o desemprego, corroendo o meio-ambiente, arrasando possibilidades de inserção social de contingentes humanos.

No Brasil, diariamente somos invadidos por manchetes que anunciam o crescimento desenfreado da criminalidade e da violência, o aumento do desemprego, a corrupção em segmentos diversos, a vitimização cada vez mais evidente da juventude, o empobrecimento generalizado...

Neste caldeirão de evidências negativas, emergem soluções que são simplificações ideológicas, se expressam na solicitação da construção de mais cadeias, mais hospitais, mais instituições de contenção, redução da idade de responsabilidade criminal,... (DOWBOR, 2005) e, em muitos casos, há sugestão da criação da pena de morte no Brasil. Algumas dessas soluções, por muitas décadas, foram utilizadas e demonstraram não serem eficazes e, até, podemos afirmar que participaram na construção dessa sociedade que aí está, agonizante, solitária e destruidora de potenciais.

Frente a esse quadro de penúria, a sociedade reage e, em um movimento de contranitência, tem buscado, nas utopias, o equilíbrio para enfrentar uma realidade mesclada tanto de violências como de projetos plenos de solidariedade. Mais do que discursos ou desejos, são necessárias novas ações, novas práticas, novos olhares. Plastino (2001, p.45) afirma que:

Não é suficiente denunciar as múltiplas tragédias que nos ameaçam; é preciso criticar e ultrapassar a perspectiva sobre a qual se sustenta a onipotência predatória da espécie, alicerçada na produção imaginária que separa a natureza da cultura e nosso corpo de nosso psique.

Sem a utopia, só haveria espaço para sofrimento, desespero e angústia. A ética se prostraria desesperançada e a própria existência humana perderia seu sentido. A existência, sem utopia, sem projeto, é uma existência sem sentido, sem futuro, é terminal.

Algumas respostas têm sido construídas e práticas concretas dão visibilidade ao que ainda há de humano no ser humano. Para Dowbor (2005), as soluções passam pelo investimento no ser humano, na sua formação e no envolvimento de tudo que diga respeito a ele, na saúde, no lazer, na cultura, na informação.

Nesta perspectiva, ainda no ano 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que veio a se constituir, posteriormente, na Política Nacional de Humanização (PNH), que contemplava, especialmente, as demandas subjetivas manifestadas por sujeito-usuário¹ e trabalhador-cuidador² dos serviços de saúde, demandas essas que não eram satisfeitas apenas com o atendimento ou com o acesso a medicação, mas que se situavam no respeito aos direitos e na integralidade desse atendimento.

Procurando superar a lógica presente desde a formação dos profissionais problematizada por Minayo (2004, p.20),

A formação dos profissionais de saúde, em que pesem todos os esforços do projeto de integralidade e de humanização, continua fortemente marcada pela hegemonia do positivismo e das teorias mecanicistas que tratam o doente como um corpo e um corpo como um dispositivo bioquímico funcional. No mais profundo da práxis do setor, persiste um menosprezo pelo enfermo como um portador de liberdade e de autodeterminação.

Na ruptura dessa lógica, a integralidade impõe: o aprofundamento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais, responsabilizando-os e envolvendo-os com o sujeito-usuário de forma mais ampla e respeitosa; um desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e à criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação-trabalhador-cuidador e sujeito-usuário; uma “pré-ocupação” do trabalhador-cuidador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento, por parte do trabalhador-cuidador, dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do sujeito-usuário.

A humanização na política de saúde evidencia o compromisso ético do trabalhador-cuidador com os sujeitos que dependem de sua ação profissional, na mesma medida em que também focaliza o olhar para o trabalhador-cuidador da saúde, como sujeito envolvido e impactado por suas ações, pela realidade dos serviços de saúde, do qual também é usuário, e de suas condições de trabalho.

É a preocupação com o cuidado em todas as suas dimensões.

¹ sujeito-usuário- utilizaremos essa terminologia para nos referir ao usuário do serviços de saúde. A expressão—paciente traduz uma posição de passividade, submissão.

² trabalhador-cuidador - utilizaremos essa terminologia para nos referir aos trabalhadores da área da saúde. Entendemos que os trabalhadores da saúde, ainda que em uma relação funcional, tem como tarefa no seu cotidiano profissional o cuidado do outro.

Em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH, a Secretaria Estadual da Saúde/RS, através da Política de Humanização do Atendimento à Saúde – PHAS, propõe inaugurar um novo pacto entre os sujeitos, como forma de resistência a uma realidade que se caracteriza, segundo Leonardo Boff, pela falta de cuidado, sendo este o “estigma de nosso tempo”.

Para este teólogo e filósofo: “enfrentamos uma crise civilizacional generalizada. Precisamos de um novo paradigma de convivência que funde uma relação mais benfazeja para com a Terra e, ..., entre os povos no sentido de respeito e de preservação de tudo o que existe e vive” (BOFF, 1999, p.17).

A Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS/SES preocupa-se com a qualidade da prestação de serviço de saúde e, principalmente, com as práticas profissionais que:

Norteadas pela dimensão ético-política devem enfatizar o conhecimento técnico-científico, as vivências cotidianas que incidem nas especificidades sociais e culturais de cada espaço, nas experiências dos sujeitos, suas crenças, estilos de vida e subjetividade (Rio Grande do Sul, 2003, p. 5).

Desta forma, procura agregar o desagregado, juntar o fragmentado, ampliando as possibilidades das práticas dos profissionais da saúde das diferentes instâncias, enriquecendo seu inventário de conhecimentos, de comprometimentos e responsabilidades, valorizando-o na devida importância que sua prática profissional tem.

Reconhecendo suas limitações, estabelecendo novas prioridades, investindo na criação de novas relações entre o trabalhador-cuidador e sujeito-usuário, criação, essa, direcionada para a autonomia de ambos na responsabilidade e no cuidado com sua ação profissional (trabalhador-

cuidador) e com sua saúde (sujeito-usuário). Cuida-se do cuidador e do cuidado.

Supera-se o desejo, a intenção, o ato. É construída a atitude. A responsabilidade. O envolvimento. Tenta-se romper com uma história de descaso ou, assim, modificar uma realidade onde:

Há um descuido e um descaso pela coisa pública. Organizam-se políticas pobres para os pobres; os investimentos sociais em segurança alimentar, em saúde, em educação e em moradia são, em geral, insuficientes. Há um descuido vergonhoso pelo nível moral da vida pública, marcada pela corrupção e pelo jogo explícito de poder de grupos, chafurdados no pantanal de interesses corporativos (BOFF, 1999, p. 19).

No enfrentamento dessa história de políticas fragmentadas e na construção de alternativas, a PHAS fomenta e envolve um leque de alianças sociais, a constituição de parcerias, procurando superar a lógica dos projetos individuais para a construção de projetos coletivos, dialogando com diferentes atores sociais, exigindo uma participação diferenciada e comprometida, um “salto de qualidade na direção de formas mais cooperativas de convivência [...]” (BOFF, 1999, p.26)

As políticas públicas e, entre elas, as da área da saúde, expressam a complexidade deste momento histórico. Ao visitarmos a história, aprendemos que há muitos anos, mudanças na política de saúde eram clamadas, e que se reivindicava uma profunda mudança no atendimento das demandas da população, mudanças essas que se evidenciaram no movimento da Reforma Sanitária. Estas mudanças eram dirigidas também ao trabalhador-cuidador da saúde.

Nesse sentido, se quer apontar que há muito se discute a relação entre formação e qualificação profissional para o trabalho no mundo da saúde. Os locais de atenção à saúde (hos-

pitais, postos, ambulatórios) são essencialmente locais de cuidado da vida tendo, portanto, como necessidade primeira, a relação, o contato, a interação entre sujeitos. Nesses espaços, emergem aspectos das relações sociais que são intensificados pelos limites tênues entre saúde e doença, vida e morte, com os quais convivem os envolvidos. Relações de poder fazem parte do cotidiano do fazer em saúde, configurando, assim, um diferente processo de trabalho, no qual o sujeito trabalhador-cuidador é intimamente vinculado às ações que desenvolve. (BELLINI; SILVA, 2004).

Ao incluir cuidadores e cuidados em uma perspectiva de “aprendizes e aprendentes” de uma experiência entre humanos, busca-se “um novo encantamento face à majestade do universo e à complexidade das relações que sustentam todos e cada um dos seres” (BOFF, 1999, p.27).

Nas ações desenvolvidas pelo trabalhador-cuidador da saúde e vinculadas a PHAS, há o privilégio de espaços para a infância e redimensionamento do impacto das hospitalizações, espaços que integram colegas, que fomentam aproximações mais prazerosas em ambientes de sofrimento, ações que acolhem o sujeito-usuário, que escutam, que singularizam, “inaugura-se uma nova ternura para com a vida [...]” (BOFF, 1999, p.25).

O investimento no trabalhador-cuidador fortalece-os na motivação para o enfrentamento de realidades de sofrimento que são as realidades dos hospitais, dos postos de saúde, “o processo de trabalho do profissional de saúde constitui, então, um desafio de vida, de disposição a conhecer, enfrentar e superar os desafios diários” (BELLINI; SILVA, 2004, p.).

Ao envolver o sujeito-usuário e a comunidade, instauram-se práticas respeitadas e de valorização do ser humano, “a valorização das diferenças, na acolhida das complementaridades

e na convergência construída a partir da diversidade [...]” e que tem um impacto importante na “desesperança imobilizadora e a resignação amarga” (BOFF, 1999, p.26-28).

Como membros da equipe de coordenação da PHAS/SES, e participando ativamente na organização das ações dessa política no Estado, temos o privilégio de participar em espaços de interlocução com os diferentes setores e serviços da saúde, e seus atores e protagonistas. Estes espaços têm demonstrado serem férteis em materializar outras práticas, outras probabilidades, novos encontros...

São práticas possíveis que estimulam formações coletivas mais humanas e humanizadas, propondo instaurar uma nova relação entre o sujeito-usuário, o trabalhador-cuidador, as realidades locais e as vivências dos diferentes atores envolvidos nesta área.

São alguns caminhos de enfrentamento dos “nós que travam a humanização em seu mais profundo recôndito” e que “precisam ser problematizados para que, de fato, se mudem as crenças, os atos e os aparatos do setor, intersubjetivamente” (MINAYO, 2004, p.20).

Na implementação da PHAS/SES, os investimentos têm sido na direção de humanizar as práticas e relações de todos atores envolvidos, devendo garantir, portanto, as seguintes condições fundamentais:

- entrelaçar os diferentes viveres, sentimentos dos sujeitos envolvidos nas ações em saúde, seja como sujeito-usuário e/ou como trabalhador-cuidador, rompendo com a dicotomia profissional/paciente;
- inserir esses sujeitos (usuário, trabalhador, comunidade e todos atores que participam da área da saúde: gestores, prestadores de serviço, etc...) em práticas que se constituem em torno de

redes sociais com o fortalecimento da vida comunitária e do sentimento de coletividade;

- recuperar a cidadania do trabalhador-cuidador e do sujeito-usuário a partir de competências e possibilidades, e não patologias, fracassos, impossibilidades;
- capacitar essas práticas para que fomentem relações de respeito, da necessidade do outro, da alteridade, estimulando relações de compreensão e reconhecimento da diferença como possibilidade e não fragilidade;
- revitalizar o papel dos trabalhadores-cuidadores e dos serviços de saúde na construção dos sujeitos, desenvolvendo processos de responsabilidade social e cultural;
- fomentar ações que capacitem os sujeitos-usuários e os trabalhadores-cuidadores a assumirem o cuidado com o outro marcado pela responsabilidade e confiança e não pela obrigação e pelo dever;
- fomentar ações que capacitem os sujeitos-usuários e os trabalhadores-cuidadores a valorizarem as diversidades, onde seja estimulada a semelhança na diferença;
- participar na construção de seres humanos confiáveis, responsáveis pelos seus atos a partir da construção de uma consciência social.

CONCLUSÃO

A PHAS/SES, no seu processo de implementação, atua para que os serviços de saúde possam se tornar espaços de excelência na construção de relações de cuidado, respeito, competência, todos envolvidos em uma dinâmica complexa e humana.

Desta forma, ao dirigir sua atenção ao trabalhador-cuidador e ao sujeito-usuário, torna-se um

espaço onde os sujeitos se constroem e são constituídos, participando como protagonistas em momentos decisivos de suas vidas.

É um movimento notável e necessário neste momento da realidade em que cada vez mais é urgente o estabelecimento de outras formas de relação entre os seres humanos e destes com o seu entorno.

REFERÊNCIAS

- BELLINI, Maria Isabel Barros; SILVA, Suzane de Mendonça. **Entrelaçamentos constituintes da rede em saúde**: serviço social, pesquisa e formação profissional no mundo contemporâneo. 2004. Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Porto Alegre, 2004.
- BELLINI, Maria Isabel Barros; ANGNES, Décio; SILVA, Suzane de Mendonça. Rede de recursos humanos em saúde: os nós constituintes da integralidade em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília, DF: 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- DOWBOR, Ladislau. A gestão social em busca de paradigmas. In: RICO, Elizabeth; RAICHELLIS, Raquel (Org.). **Gestão social uma questão em debate**. São Paulo: EDUC, 1999.
- _____. **Gestão social e transformação da sociedade**. Disponível em: <<http://dowbor.org>>. Acesso em: 2 mar. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.15-29, 2004.
- PLASTINO, Carlos Alberto. **Sentido e complexidade in corpo, afeto, linguagem**: a questão do sentido hoje. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **HumanizaSAÚDE**: Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.

A QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

THE MEDICAL CARE QUALITY TO THE HOSPITAL CRISTO REDENTOR PATIENTS

Francinete Fabiane Menegazzo Oneda

Especialista em Docência em Saúde

Juliana Andreis Sabbi

Pedagoga

Lilian Vanz

Economista

Instituição: Sociedade Beneficente de Marau

Rua Bento Gonçalves, nº 10 Marau - RS

Fone: (54) 3424-455

E-mail: julianaandreis@yahoo.com.br

RESUMO

Para que a qualidade dos serviços de saúde seja uma realidade, medidas tecno-científicas e de racionalidade administrativas devem ser tomadas. Porém, é preciso muito mais, principalmente estar atentos a princípios e valores entre gestores, profissionais e usuários. Este relato apresenta a pesquisa realizada com o objetivo de investigar a qualidade dos pacientes que procuram o Hospital Cristo Redentor. Aplicou-se um questionário semi-estruturado a 58 pacientes com idades, sexo e patologias variadas. Os resultados mostram que o trabalho de atendimento humanizado conquistou uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Atendimento, humanização.

ABSTRACT

Techno-scientific and administrative-rationality measures should be taken in order that the health-service quality is a reality. However, it's necessary much more, mainly to be attentive to principles and values among managers, professionals and users. This report shows the research developed aiming at investigating the patients' quality that look for assistance at Hospital Cristo Redentor. A semi-structured questionnaire was administered to 58 patients with different ages, sex and pathologies. The results show that the humanized care got a better quality of health care for the users and for the health professionals' work conditions.

KEY WORDS

Care, humanization.

INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A Sociedade Hospitalar Beneficente de Marau foi fundada em 20 de fevereiro de 1976, tendo sua sede na cidade de Marau/RS, estabelecida em prédio próprio, com uma área construída de 4.100 m², possui 59 leitos. Constitui-se em uma unidade civil leiga, beneficente, com autonomia administrativa e financeira, sem preconceito ou restrições políticas, raciais e sociais, atuando na área hospitalar e prestando seus serviços ao município de Marau e região.

ATENDIMENTO HUMANIZADO

A proposta do atendimento humanizado tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar, entre outras coisas, o bem-estar físico, psíquico e social dos usuários dos serviços de saúde, resgatando, assim, a dignidade e o compromisso com o paciente.

Sabe-se da necessidade da tecnologia utilizada para o benefício físico do paciente, ferramenta fundamental para um diagnóstico mais preciso e também do espaço físico adequado a estes atendimentos, mas, sem dúvida nenhuma, o atendimento, quando humanizado, envolvendo o profissional e a instituição com objetivo claro de um bem-estar geral, garante a atenção básica de saúde, levando à eficiência, relacionando com a qualidade do atendimento personalizado.

A qualidade no atendimento tem sido considerada como um diferenciador, pois vem ao encontro das expectativas dos usuários. Por este motivo, a instituição hospitalar, optando por este atendimento em favor do ser humano, preocupa-se com a melhoria permanente na qualidade de sua gestão e assistência, integrando a área médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial, com foco no paciente.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como o acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS é de direito de todos os cidadãos brasileiros, cabe a ele, assim como ao governo, a responsabilidade pela nova roupagem que o SUS está adquirindo. Com a facilidade da descentralização através da regionalização e da municipalização, fica mais fácil à população articular-se, unindo esforços em prol da melhoria deste serviço.

Sabe-se que cada município brasileiro destina verbas diferentes à saúde, porém, ao serem repassadas as instâncias de atendimento, o desafio maior é a eficácia no que concerne à qualidade do serviço. Quanto maior a integração, a comunicação e o reconhecimento mútuo dos profissionais e usuários, menor será a ineficácia dos atendimentos, ou seja, a proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é a melhoria dos atendimentos à população. Pensando nisto, o Hospital Cristo Redentor viabilizou o atendimento humanizado.

OBJETIVO GERAL

- Investigar a qualidade do atendimento dos pacientes que procuram o Hospital Cristo Redentor (HCR) – Sociedade Hospitalar Beneficente de Marau, com vistas a um atendimento humanizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar como o atendimento humanizado trouxe uma melhoria no atendimento ao paciente;
- Avaliar os atendimentos realizados no Hospital Cristo Redentor no período de 10 de agosto a 10 de setembro de 2004;
- Garantir conforto ao paciente no período em que esteve utilizando os serviços do Hospital Cristo Redentor.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por cinquenta e oito (58) pacientes de ambos os sexos, idades, e patologias diferentes, internados no Hospital Cristo Redentor de Marau, RS. Os participantes foram convidados a responder um questionário semi-estruturado, contendo perguntas a respeito dos atendimen-

tos oferecidos pelo hospital no período de 10 de agosto a 10 de setembro do ano de 2004.

Ao distribuir os questionários, foi explicado ao paciente que o principal objetivo de seu preenchimento era saber sobre a qualidade do atendimento ao paciente, oferecido pelo Hospital Cristo Redentor.

Tomou-se o cuidado em explicar que o preenchimento dos questionários seria voluntário e o não preenchimento não acarretaria prejuízo algum ao atendimento institucional ao paciente.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram de grande valia no processo de humanização, já que, ao saber como está a qualidade dos serviços oferecidos ao paciente, tem-se a possibilidade de melhorar este atendimento.

As respostas obtidas através do questionário fornecido aos pacientes do Hospital Cristo Redentor foram agrupadas, chegando-se aos resultados apresentados nas tabelas abaixo.

Na tabela 1, estão representadas as questões que dizem respeito à parte física do Hospital. Foi analisado o grau de satisfação dos pacientes nos itens Comunicação, Recepção e Internação, procurando verificar como o paciente se sentia ao chegar no Hospital, qual a receptividade oferecida a ele. Nos quesitos "Acomodação e Sanifi-

TABELA 1 – AS CARACTERÍSTICAS DA PARTE FÍSICA DO HOSPITAL

GRAU DE SATISFAÇÃO	COMUNICAÇÃO	RECEPÇÃO	INTERNAÇÃO	ACOMODAÇÃO	SANIFICAÇÃO
Ruim	1,29%	0,41%	2,58%	1,69%	0,47%
Razoável	6,44%	4,07%	2,15%	11,30%	6,64%
Bom	38,20%	34,15%	26,18%	29,38%	33,18%
Muito bom	29,19%	28,05%	34,76%	27,12%	32,70%
Excelente	24,89%	33,33%	34,33%	30,51%	27,01%

Fonte: Dados HCR

ção”, buscou-se a visão do paciente quanto à limpeza e estrutura oferecida pelo hospital.

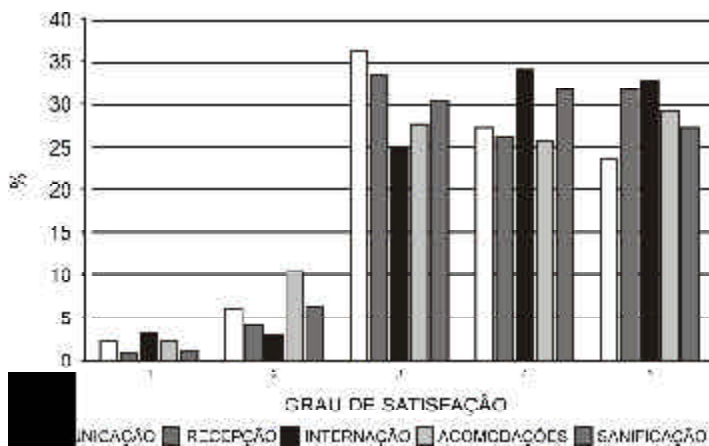


GRÁFICO 1: PERFIL DOS SERVIÇOS DA PARTE FÍSICA DO HOSPITAL

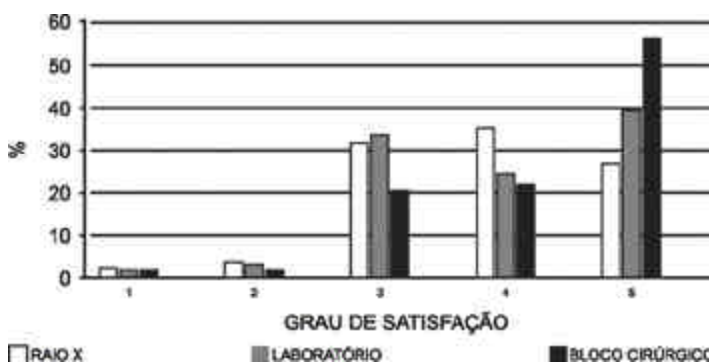


GRÁFICO 2: PERFIL DOS SERVIÇOS TÉCNICOS DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

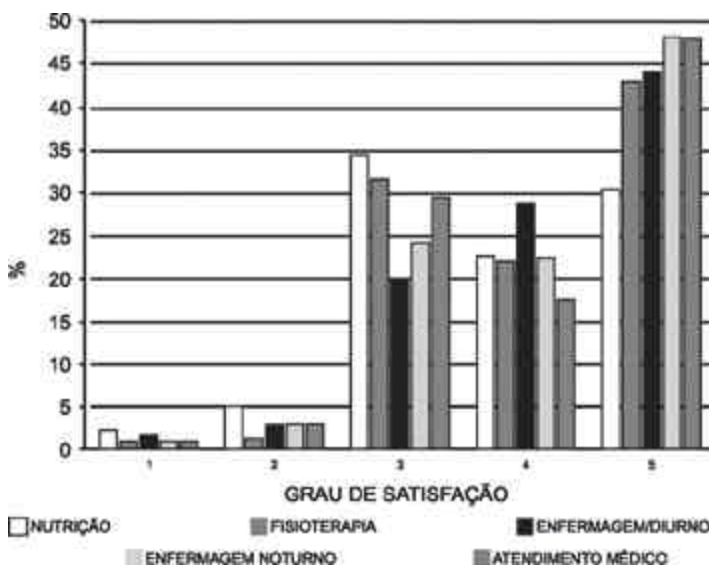


GRÁFICO 3: PERFIL DA ÁREA CLÍNICA DO HOSPITAL

Concluiu-se, através dos dados obtidos, que, ao passarem pela Internação, 2,58% dos pacientes qualificaram o serviço como ‘Ruim’, sendo o maior índice de rejeição obtido entre os setores, e 34,33% qualificaram como ‘Excelente’, maior índice de aceitação entre os setores. Essa contradição pode ser explicada por ser um setor burocrático, onde a atenção e o cuidado com o emocional do paciente e seus familiares devem ser redobrados. Os demais setores apresentam os maiores índices entre ‘Bom’ e ‘Muito Bom’. A intenção do Hospital é melhorar cada vez mais, para que não se tenha conceito ‘Ruim’ e se mantenha sempre um atendimento no ‘Excelente’.

Através do gráfico 1, pode-se visualizar melhor o grau de satisfação dos pacientes do Hospital Cristo Redentor – HCR, quanto à parte física.

Avaliou-se, também, a qualidade dos serviços técnicos do hospital, Raio X, Laboratório e Bloco Cirúrgico. Observou-se uma boa aceitação por parte dos pacientes quanto aos serviços técnicos oferecidos. O gráfico 2 demonstra esse resultado.

Pode-se observar uma boa aceitação por parte dos pacientes que utilizaram os serviços técnicos do hospital, no que se refere à qualidade no atendimento, com destaque ao Bloco Cirúrgico, onde 56,83% dos entrevistados consideraram o atendimento ‘Excelente’.

O questionário fornecido aos pacientes identificou qual a percepção do paciente quanto

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS TÉCNICOS DO HOSPITAL

GRAU DE SATISFAÇÃO	RAIO X	LABORATÓRIO	BLOCO CIRÚRGICO
Ruim	0,80%	0,00%	0,00%
Razoável	1,60%	0,98%	0,00%
Bom	33,60%	34,31%	21,58%
Muito bom	35,20%	24,51%	21,58%
Excelente	28,80%	40,20%	56,83%

Fonte: Dados HCR

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DA ÁREA CLÍNICA DO HOSPITAL

GRAU DE SATISFAÇÃO	NUTRIÇÃO	FISIOTERAPIA	ENFERMAGEM DIURNO	ENFERMAGEM NOTURNO	ATENDIMENTO MÉDICO
Ruim	1,79%	0,00%	0,41%	0,85%	0,00%
Razoável	5,38%	0,00%	2,89%	2,98%	2,97%
Bom	36,77%	32,86%	20,66%	24,68%	30,20%
Muito bom	23,32%	22,86%	29,75%	22,98%	18,32%
Excelente	32,74%	44,29%	46,28%	48,51%	48,51%

Fonte: Dados HCR

à área clínica: Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem e o Atendimento Médico. Na tabela acima, pode-se verificar que houve satisfação dos clientes quanto a essas importantes áreas.

Através do gráfico 3 pode-se observar melhor o grau de satisfação dos pacientes do HCR quanto à área clínica. Em geral, a qualidade é considerada de boa a excelente, porém algumas áreas merecem um pouco mais de atenção, como a Nutrição, que obteve os maiores índices de satisfação 'Ruim' e 'Razoável', 1,79% e 5,38%, respectivamente.

A avaliação dos dados através de tabelas e gráficos tem por objetivo a comparação e a melhor visualização da satisfação dos pacientes internados no Hospital Cristo Redentor nos diversos setores e serviços oferecidos pelo hospital, a fim de que, cada vez mais, possa ser oferecido um atendimento de qualidade.

DISCUSSÕES

A análise dos dados coletados nas entrevistas evidenciou que, quando existe qualidade no atendimento, bem como integração do profissional com o usuário, o atendimento humanizado acontece. Desde o primeiro contato que o paciente faz com o hospital até a sua alta, é de fundamental importância o trabalho humanizado.

Quando uma pessoa procura um serviço de saúde é porque lhe falta saúde física e psicológica. Sabemos da importância da necessidade de integração corpo e mente; quando algo não está bem, o sofrimento é inevitável. O paciente procura alguém que saiba entender seu sofrimento, se solidarize com ele e o ouça com ouvidos limpos, sem qualquer preconceito.

Ao ficar internado, não só o paciente como sua família, precisam de um acompanhamento humanizado, já que ambos esperam por isso.

Segundo Maria Julia Paes da Silva (2000), “o familiar ajuda a entender o paciente, e, por isto, é importante na tarefa de reequilibrar e reanimar o doente”.

Os familiares e acompanhantes querem, também, estar a par da condição de saúde de seu ente querido, ter acesso a ele, e, da mesma maneira, sentir ao cortesia, carinho e competência da equipe.

Nas horas de sofrimento e dor, é bom que a pessoa tenha alguém ao lado que esteja segura, tranqüila e que fale francamente, fazendo o possível para sua recuperação. Este é o verdadeiro sentimento do paciente.

A alegria dos atendentes contagia pacientes e familiares. Segundo uma fábula chinesa um amigo disse ao outro em uma ponte:

“Olhe como os peixes estão alegres no rio!” O outro replicou: “Como você sabe?” O primeiro respondeu: “Por minha alegria em cima da ponte”.

A alegria, o amor, a liberdade e a coragem são contagiantes. É muito mais fácil suportar uma situação difícil quando se está em um ambiente estruturado e ao lado de pessoas humanizadas.

Ao retornar para casa, o paciente, que teve o atendimento humanizado, demonstrou maior tranqüilidade em relação ao seu atendimento, sabendo que, se necessitar voltar, encontrará um ambiente já conhecido, bem como, se precisar indicar o serviço a alguém, poderá fazê-lo com segurança.

O Atendimento Humanizado é uma realidade que, aos poucos, está tomando conta das instituições de saúde. Começou devagar e, hoje, é de fundamental importância.

“Comece fazendo o que é necessário depois o que é possível e, de repente você estará fazendo o impossível” (São Francisco de Assis).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados coletados no questionário fornecem subsídios para uma atuação cada vez melhor, objetivando a qualidade dos serviços prestados aos pacientes do Hospital Cristo Redentor de Marau. Esta postura parece essencial na construção de uma nova etapa da saúde pública.

A primeira ação no processo de humanização é a comunicação. Sem uma boa comunicação, não há humanização. A humanização, portanto, depende da nossa capacidade de falar e ouvir, pois só podem ocorrer mudanças quando há diálogo.

Neste sentido, humanizar a assistência hospitalar implica em dar acesso à palavra do usuário e à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de discussões que pense e promova ações modificadoras.

Este processo envolve tudo o que se encontra dentro do hospital, desde a chegada do paciente, onde ele possa encontrar uma receptividade de qualidade, até sua saída do ambiente hospitalar, onde possa indicar os serviços a outros usuários.

Para que isto realmente ocorra, a utilização de um questionário, fornecendo todas as informações necessárias a um bom atendimento, é importante, pois muitas coisas podem ser estruturadas e outras melhoradas.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem muitas resistências, pois envolve mudanças, o que gera insegurança. Sempre os padrões conhecidos são mais seguros, porém, é nos processos novos que há a possibilidade de criar e melhorar os padrões de atendimento.

Por isto, através deste estudo, pode-se observar que, nesta construção do processo de humanização, tem-se uma longa caminhada a percorrer, na qual já foi dado o passo inicial, e a continuidade é só uma questão de tempo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH.**

Brasília, DF, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde.

HumanizaSAÚDE: Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.

SILVA, Maria Júlia Paes. **O amor é o caminho:** maneiras de cuidar. São Paulo: Editora Gente, 2000.

HUMANIZASUS: UM PROJETO COLETIVO

HUMANIZASUS: A COLLECTIVE PROJECT

Eduardo Mendes Ribeiro

Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA),
Mestre em Filosofia (PUCRS), Doutor em Antropologia Social (UFRGS),
Professor da FFCH, da PUCRS,
Consultor da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde.

RESUMO

O artigo apresenta o contexto em que se dá a proposição, por parte do Ministério da Saúde, de iniciativas voltadas à humanização das práticas de saúde, problematizando este conceito, e situando-o em relação ao desenvolvimento científico-tecnológico. Também são apresentados e discutidos os princípios e diretrizes que orientam a Política Nacional de Humanização (PNH), mais especificamente, o que propõe a indissociabilidade dos modelos de gestão e de atenção em saúde, e o que valoriza a transversalidade das políticas de saúde como estratégia para superar o estado de fragmentação e verticalização que tradicionalmente tem marcado este campo. Partindo desta perspectiva, são analisados os efeitos da substituição, no âmbito do Ministério da Saúde, da lógica dos "programas" pela que propõe a difusão de "políticas". Finalmente, é apresentado um relato histórico do processo de implementação dos programas/políticas de humanização do MS no estado do Rio Grande do Sul, analisando os resultados alcançados, as dificuldades enfrentadas e, principalmente, as potenciais estratégias que se apresentam no momento atual. Neste sentido, é enfatizada a importância da articulação das políticas a serem implementadas pelos três níveis de governo, de forma a, simultaneamente, garantir o processo de descentralização da gestão em saúde, inerente à lógica que organiza o SUS, e potencializar as ações desenvolvidas por seus gestores.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização, política de saúde, prática de saúde pública, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article presents the context in which the Health Ministry proposes the initiatives directed to the humanization of the health practices, showing the problems of this concept, and placing it in relation to the scientific and technological development. It is also presented the principles and guidelines which orientate the National Humanization Policy (PNH), more specifically, what proposes the indissociability of the management and health attention models, and what values the health policies transversality as a strategy to overcome the fragmentation and verticalization which have marked this area. From this perspective, it is analyzed the replacement effects, at the Health Ministry scope, of the "programs" logic by the one which proposes the "policies" diffusion. Finally, it is shown a historical report on the implementation process of humanization programs/policies of Health Ministry within Rio Grande do Sul state, analyzing the results which were reached, the difficulties faced, and, mainly, the potential strategies which are currently arising. In this sense, it is emphasized the importance of policy articulation to be implemented by the three government levels, so as to, simultaneously, assure the decentralization process of health management, inherent to the logic organizing the Unique Health System - SUS, and potentializing the actions developed by its managers.

KEY WORDS

Humanization, health policy, public health practice, Unique Health System

INTRODUÇÃO

Quando o Ministério da Saúde – MS propõe uma Política Nacional de Humanização – PNH¹ do Sistema Único de Saúde – SUS, evidentemente não parte da avaliação de que as práticas de saúde atualmente desenvolvidas não sejam humanas, pois fazem parte de nossa humanidade, tanto os ideais e práticas marcados pela solidariedade e voltados para o interesse comum, quanto as ações mais corporativas e descompromissadas com as demandas e necessidades dos usuários. A proposta de humanização do SUS está voltada para a construção de novos modelos de gestão e atenção que, rompendo com o modelo tradicional, organizado em torno de uma fragmentação de procedimentos médicos, de caráter hospitalocêntrico, verticalizado e autoritário, passe a operar, respeitando uma pluralidade de saberes, não apenas dos diferentes campos da saúde, mas, também, de seus usuários. Ou seja, pretende-se, no campo da gestão dos serviços, o desenvolvimento de processos de gestão participativa, que contem, também, com a contribuição dos mecanismos de controle social e estabeleçam canais de comunicação direta com os usuários; e, no campo da atenção, o estabelecimento de processos de trabalho que

priorizem a atuação de equipes multiprofissionais, capazes de estabelecer vínculos com os usuários e de assumir a responsabilidade pelo acompanhamento de seu tratamento.

Neste artigo, é apresentada uma análise das razões pelas quais se justifica a proposição de uma Política Nacional de Humanização, que se materialize a partir de processos de pactuação com os demais níveis de governo, de forma a atuar considerando os contextos locais de interação entre os diversos atores sociais que atuam nas redes locais de saúde. Também é relatada, brevemente, a história da implementação, primeiramente, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH e, atualmente, da Política Nacional de Humanização – PNH, no Estado do Rio Grande do Sul. Finalmente, é apresentada uma avaliação do processo de articulação da PNH com a Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS, proposta pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS.

O FETICHISMO² DA TECNOLOGIA

A sociedade moderna surgiu a partir do desenvolvimento da Nova Ciência, da democra-

¹ A Política Nacional de Humanização – PNH–, também chamada de HumanizaSUS, foi lançada em 2003, sucedendo ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (2000 – 2002). Esta mudança será comentada mais adiante.

² Segundo o Dicionário de Psicanálise, organizado por Chemama (1995) "fetichismo" é uma "organização particular do desejo sexual, ou libido, na qual a satisfação completa só pode ser alcançada em presença e uso de determinado objeto, o fetiche...".

cia e do liberalismo político e econômico. Estas rupturas profundas em relação à antiga sociedade feudal levaram Kant a afirmar que o esclarecimento (ou iluminismo) é a “saída do homem de sua menoridade,... A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo...” (KANT, [1783] 1995). O homem havia chegado à maioridade, devendo passar a se orientar pelo livre exercício de sua racionalidade. O acelerado desenvolvimento da ciência apenas reforçava as expectativas que foram criadas: o progressivo domínio da natureza e a liberdade de pensamento garantiriam, a todos, no futuro, e cada vez mais, uma vida confortável e segura.

Passados pouco mais de dois séculos, é possível afirmar que, se por um lado, a aposta na ciência continua em alta, por outro, multiplicam-se os questionamentos acerca das razões pelas quais as expectativas iniciais não se confirmaram. Afinal, se comparássemos os efeitos produzidos pelo mau uso dos avanços tecnológicos com seus benefícios, não teríamos razões para sermos tão otimistas. Evidentemente, o problema não está na tecnologia e, sim, nos diferentes usos que se pode fazer dela. Em outras palavras: a racionalidade objetiva, que possibilita o avanço da ciência, não é capaz de explicar o sujeito desta ciência, aquele que, orientado por um complexo conjunto de crenças, ideais, carências e expectativas, definirá o uso a ser feito destes conhecimentos e tecnologias.

Quando Kant saudava a emancipação promovida pelo iluminismo, ele o fazia por entender que o percurso da humanidade, a partir daquele momento, seria orientado por uma ética pautada pela racionalidade, pela liberdade e pelo respeito mútuo. Ele não previu que o exercício desta nova forma de liberdade traria consigo, juntamente com o progresso da ciência, uma certa fragilização dos laços sociais e o predomínio de um ethos individualista.

No campo da saúde, a relação entre uso de conhecimentos científicos e aparatos tecnológicos, por um lado, e relações intersubjetivas, por outro, apresenta uma variedade de formas de articulação. Elas derivam da necessidade de relacionar a universalidade inerente às produções científico-tecnológicas, com a diversidade dos contextos em que se dão as práticas de atenção à saúde.

O desafio a ser enfrentado contemporaneamente é o de evitar a supervalorização da dimensão científico-tecnológica no campo da saúde, em detrimento da tradição clínica, pautada pelas relações intersubjetivas. A tendência histórica de fragmentação dos objetos de pesquisa e intervenção, a exigência de objetividade e o individualismo têm levado a uma verdadeira fetichização da tecnologia, em um processo análogo ao que Marx havia denunciado como sendo uma fetichização da mercadoria na sociedade capitalista. Estabelece-se, não só entre os profissionais da saúde, como também no imaginário social, a crença de que quanto mais forem utilizados equipamentos de diagnóstico e medicamentos, mais chance terá o tratamento de ser bem-sucedido, esvaziando a importância das práticas preventivas e de autocuidado. O usuário, privado de seu saber sobre si, passa a depender cada vez mais dos serviços de saúde, sobrecarregando-os e aumentando sua ineficácia.

INDISSOCIABILIDADE ENTRE GESTÃO E ATENÇÃO NA SAÚDE

Para combater a ineficácia oriunda da fragmentação das práticas de saúde e do fetichismo tecnológico, o SUS conta, desde sua concepção inicial, com dois conceitos, que operam como imagem-objetivo: a própria noção de sistema, à qual está associada a proposta de construção de redes descentralizadas e hierarquizadas de atenção, e a garantia de atenção integral. Estes dois

conceitos, solidários e complementares, buscam conectar os serviços que atendem às diferentes carências e demandas dos usuários, bem como reconectar as dimensões presentes nas relações humanas, ressaltando a importância e a particularidade dos contextos psicossociais.

A idéia de rede, entendida como produção de conectividade, pode ser pensada em diferentes planos: desde aquele em que se estabelecem as relações interdisciplinares (ou transdisciplinares) nas equipes de trabalho, até o que envolve as responsabilidades e competências assumidas pelas diferentes esferas e níveis de governo, passando pelas relações entre os serviços de uma mesma unidade e pela constituição das redes locais de saúde.

A noção de integralidade na atenção, por outro lado, assume um caráter polissêmico, podendo designar tanto o conjunto de cuidados médicos necessários para restabelecer a saúde dos usuários, quanto uma concepção de sujeito-usuário que contemple o conjunto de fatores, não exclusivamente biológicos, que intervem na produção de sua saúde.

O que importa salientar é que a constituição de redes e a proposta de atenção integral dependem, para sua implementação, de uma articulação entre os modelos de gestão e de atenção. Justamente por estarem voltadas para a superação da fragmentação, seja dos serviços, seja dos sujeitos, estas relações precisam estar enraizadas em políticas de gestão que permeiem a totalidade dos processos de trabalho e a forma como eles se relacionam entre si. No âmbito intra-institucional, isto implica na adoção de práticas de gestão mais participativas, que possibilitem, aos trabalhadores, o encontro/confronto de suas experiências e percepções, em um processo que, reconhecendo as diferenças, potencialize as ações de cada área, ou profissional envolvido. No âmbito das relações com a comunidade, torna-se importante a participação dos mecanismos de

controle social, atuando como representantes das expectativas dos diversos atores sociais envolvidos no campo da saúde.

Cabe aqui, entretanto, uma observação: integralidade não deve ser entendida como totalidade, no sentido de que todas as carências e expectativas de usuários e trabalhadores de saúde deveriam poder ser satisfeitas. Não é disto que se trata. As contradições e conflitos fazem parte da vida social, tanto quanto uma certa dose de insatisfação faz parte de nossa natureza de sujeitos desejantes. O que se pretende é construir relações que nos permitam encontrar meios de lidar da forma mais solidária e respeitosa possível com o sofrimento, que faz parte do cotidiano dos trabalhadores de saúde.

PROGRAMAS X POLÍTICAS: A QUESTÃO DA TRANSVERSALIDADE

No Ministério da Saúde, antes da Política Nacional de Humanização – PNH–2003), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH–2000/2003 foi pioneiro em propor a humanização como questão prioritária na construção do SUS. Este Programa teve o mérito de construir uma rede de Grupos de Trabalho em Humanização – GTH, em hospitais, secretarias estaduais e municipais de saúde, que, em diferentes medidas, estimularam, reconheceram e divulgaram projetos voltados à humanização dos processos de trabalho e das práticas de assistência, especialmente no âmbito da rede hospitalar. Entretanto, o PNHAH teve seu impacto limitado pelo lugar periférico que ocupava no próprio MS, sendo praticamente ignorado pelas demais áreas.

Mais recentemente (2003), coerente com o intuito de estimular o trabalho em rede e de oferecer uma atenção integral aos usuários, o MS tem promovido uma mudança em sua for-

ma de orientar as práticas de saúde, substituindo a antiga proposta de Programas, voltados para populações ou problemas específicos, pela difusão de Políticas, que, sendo direcionadas aos grandes temas constituintes do processo de construção do SUS (como a humanização), encontram-se relacionadas com a totalidade das ações empreendidas pelo MS. Pretende-se com isto que os princípios e diretrizes que fundamentam e orientam cada política sejam apropriados por todas as áreas, em um sentido transversal.

Esta nova orientação, que implica em mudar processos de trabalho fortemente enraizados, ainda encontra-se em processo de implementação, mas alguns efeitos já podem ser observados, e um exemplo disso é a forma como tem sido difundida a Política Nacional de Humanização, estabelecendo parcerias com áreas estratégicas para o desenvolvimento de suas propostas, como o Qualisus e a Atenção Hospitalar, na Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Através destas parcerias, a liberação de certos recursos por parte do MS fica condicionada à assunção de determinados compromissos, por parte dos gestores das instituições financiadas, com a humanização de seus processos de gestão e da atenção. São metas pactuadas, que, aliadas ao objeto principal dos financiamentos, potencializam seu impacto na melhoria da qualidade dos serviços.

A transversalidade da PNH, na medida em que se efetiva, manifesta-se, não apenas através das ações do MS, mas, principalmente, em sua irradiação para os demais níveis de governo, e para as unidades de saúde que aderiram a esta política. Seguindo esta lógica, os Comitês Estaduais e Municipais de Humanização, bem como os GTHs, perdem sua condição de isolamento, e passam a se constituir em agentes in-

fluentes na definição das políticas locais e institucionais de saúde.

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DE MUDANÇAS CULTURAIS

O entendimento de que não é possível promover mudanças consistentes nas práticas de assistência, sem que haja, simultaneamente, mudanças no modelo de gestão e a proposição de políticas transversais constituem o ponto de partida para a transformação da realidade do SUS, aproximando-a de sua definição constitucional. Entretanto, como já foi afirmado, o projeto de humanização, tanto quanto outras políticas do MS, apresenta-se como contra-hegemônico, levando-se em conta, o longo processo histórico através do qual foram estabelecidas as velhas estruturas, que, ainda hoje, sustentam boa parte das práticas de saúde em nosso país.

Neste movimento de mudança, uma estratégia de comunicação eficaz é essencial para promover uma ampla discussão acerca da necessidade e da função a ser desempenhada por uma política de humanização. Entretanto, tão ou mais importante do que discutir o valor e a definição de humanização, é apresentar situações e dispositivos concretos que produzem experiências “humanizadoras”, como o acolhimento com classificação de risco, o trabalho em equipe multiprofissional, o estabelecimento de vínculos e responsabilização entre trabalhadores e usuários, a gestão participativa, as ouvidorias que realmente escutam e respeitam usuários e trabalhadores, a garantia do direito a acompanhante, à visita, à privacidade, à confidencialidade³, etc. São estas experiências que, quando implementadas e divulgadas, despertam os atores sociais envolvidos para o reconhecimento de seus direitos, e para a via-

³ Vários deste temas são apresentados em pequenas cartilhas, produzidas pelo Núcleo Técnico da PNH.

bilidade de propor novas formas de relação em que se sintam exercendo mais plenamente sua cidadania. Trata-se de mostrar o SUS que dá certo, enfraquecendo as forças de resistência que se apóiam em argumentos, ora céticos, ora cinicos, para manter privilégios e comodidades.

Outra estratégia, sempre lembrada quando se discute mudança cultural, é a de estimular uma transformação nos processos de formação acadêmica e profissional dos trabalhadores da saúde, de forma a contemplar as questões que envolvem o contexto de construção do SUS. Nesta direção, os Pólos de Educação Permanente constituem um cenário propício para a discussão das propostas da PNH, de forma a introduzir seus princípios, diretrizes e dispositivos entre os conteúdos a serem ministrados em todos os cursos de capacitação definidos e aprovados pelos PEPs. Trata-se de mais um exemplo de atuação transversal de uma política de saúde, neste caso, executada de forma descentralizada, pois cada Pólo tem autonomia para definir suas prioridades.

A EXPERIÊNCIA DO PNHAH E DA PNH NO RIO GRANDE DO SUL

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, inicialmente, através de um projeto piloto desenvolvido em 10 hospitais, localizados em várias regiões do país. No Rio Grande do Sul, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, integrante do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, participou da primeira etapa deste programa.

No projeto piloto, foi testada a metodologia de implantação do programa, que, resumidamente, seguia a seguinte estratégia: sensibilização dos

gestores, inventário e reconhecimento dos projetos já existentes, criação do Grupo de Trabalho em Humanização – GTH, elaboração de um plano de ação, criação de mecanismos de acompanhamento e avaliação. Esta foi uma experiência importante por revelar um conjunto de oportunidades e desafios que estariam presentes, não só no HNHC, mas também na maioria dos hospitais que viria a se inserir no programa.

Na segunda etapa, em 2001, passaram também a participar do PNHAH, no RS, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Hospital São Lucas – PUCRS e a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, além dos demais hospitais do GHC: Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmeina e Hospital da Criança. Neste momento, os encontros estaduais e regionais (RS, SC e PR) constituíram oportunidades de trocas de experiências e divulgação de projetos bem sucedidos. Começava a ficar claro, para todos os envolvidos, que a formação de redes, presenciais e virtuais⁴, seria essencial para o fortalecimento e multiplicação destes projetos.

Posteriormente, em uma terceira etapa, mais 23 hospitais vieram a se inserir no Programa, no Rio Grande do Sul. Eles foram indicados pela Secretaria Estadual da Saúde, e encontravam-se distribuídos por todas as regiões do estado. Este processo de multiplicação de instituições participantes só foi possível, na medida em que cada um dos hospitais da segunda etapa passou a desempenhar a função de “padrinho” de alguns hospitais que estavam entrando na rede. Este “apadrinhamento”, efetivado pelos GTHs, consistia na realização de visitas de sensibilização, encontros de capacitação, orientação metodológica e acompanhamento de processos.

Evidentemente, a adesão ao PNHAH produziu resultados distintos em cada instituição:

⁴ O Ministério da Saúde criou um portal da humanização, onde qualquer instituição ou secretaria municipal ou estadual de saúde, participantes do PNHAH, poderia divulgar seus projetos e eventos, além de acessar informações difundidas pelo MS e uma Biblioteca Virtual.

em algumas, as diretrizes da humanização passaram a integrar seu modelo de gestão e a produzir impactos importantes na transformação dos processos de trabalho e na melhoria da qualidade da atenção; em outras, restou pouco mais do que um GTH, formalmente constituído, mas inoperante. De qualquer forma, o PNHAH teve o inegável mérito de ter promovido uma discussão pública em torno da necessidade de humanizar o SUS, além de ter lançado as bases para o estabelecimento de redes interinstitucionais que potencializam ações e projetos, até então isolados. Seu impacto social só não foi maior por não ter conseguido estabelecer parcerias mais produtivas com os gestores municipais e estaduais de saúde, por ter ficado restrito ao âmbito hospitalar e, principalmente, como já foi afirmado, devido a seu isolamento na estrutura do próprio Ministério da Saúde.

Após a eleição dos novos gestores, em 2003, foram lançadas a Política Nacional de Humanização – PNH em nível federal, e a Política Estadual de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS em nível estadual, estabelecendo, no Rio Grande do Sul, uma situação favorável para a construção de parcerias. Estando a PHAS sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública, e sendo coordenada por profissionais que participaram de toda a experiência do PNHAH no estado, ficou garantida a continuidade do trabalho até então desenvolvido. Acrescente-se, ainda, que, considerando o caráter transversal da PNH e o apoio efetivo dos governos estadual e federal, tornou-se possível superar as dificuldades enfrentadas pelo PNHAH. A proximidade da política de humanização com as instâncias formadoras também veio a facilitar sua inclusão nos programas de capacitação.

Entre as funções do Ministério da Saúde, está a de induzir políticas, mas, não, a de implementá-las diretamente nos estados e municípios, o que faz com que a difusão das propostas da Política

Nacional de Humanização dependa do estabelecimento de parcerias com as secretarias estaduais. No Rio Grande do Sul, na medida em que a PHAS construiu uma ampla rede de comitês locais e regionais de humanização, que se somaram a um grande número de GTHs, e estabeleceu um denso cronograma de encontros macro-regionais e estaduais, da criou um cenário extremamente propício para a discussão e difusão dos princípios, diretrizes e dispositivos que orientam e materializam as políticas de humanização.

O processo de implementação da PHAS representa um exemplo de descentralização, em que as parcerias são construídas respeitando-se as diferentes perspectivas e prioridades de cada rede local de saúde, mantendo, como orientação principal, o compromisso com os princípios do SUS. Este é também o propósito da PNH, o que abre inúmeras possibilidades de ações conjuntas ou complementares.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Textos básicos de saúde**. Brasília, DF, 2004.
- _____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004.
- CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KANT, Immanuel. Resposta à pergunta: que é esclarecimento? In: _____. **Textos seletos**. Petrópolis: Vozes, 1995.