

Rios, Izabel Cristina; Rizzo Battistella, Linamara
Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 853-865
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

*Management of the humanization of health practices: case
of the Hospital das Clínicas, School of Medicine, São Paulo
University*

Izabel Cristina Rios

Doutora em Ciências. Coordenadora do Núcleo Técnico de Humanização da Diretoria Clínica e Superintendência do HCFMUSP, e pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.
Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2.364, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: izarios@usp.br

Linamara Rizzo Battistella

Professora Associada do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.
Endereço: Rua Teodoro Sampaio, 115, 1º andar, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: linamara@usp.br

Resumo

Objetivo: apresentar e discutir em termos conceituais e metodológicos o desenvolvimento da humanização das práticas de saúde enquanto política institucional, ou conjunto de diretrizes norteadoras de ações para uma cultura institucional de valores humanísticos, em um serviço-escola do SUS. Método: na modalidade de estudo de caso, o Complexo “Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo” apresentou-se como objeto de estudo por ser uma organização pública de saúde referência de ensino, pesquisa e assistência. Fez-se levantamento documental relativo à humanização no período 2005 a 2012, e procedeu-se à análise descritiva de cenários e processos, assim como análise interpretativa à luz das referências teóricas adotadas. Resultados: para desenvolver a humanização no Complexo, estruturou-se uma rede colaborativa constituída por coordenação e 16 grupos do Complexo. Entre as várias ações de construção da Rede, destacou-se o curso de capacitação de coordenadores para a metodologia da humanização que consiste em: por meio de ferramentas e técnicas de avaliação organizacional e de planejamento, identificar situações críticas nas interações com usuários, colaboradores ou equipes, definir ações junto às áreas-problema, e monitorar tais ações com indicadores. Os trabalhos articulados às diretrizes da Rede, em 2010, somavam 120 e em 2012, 411 ações. O modelo da Rede Humaniza FMUSPHC apresenta-se como estratégia de gestão em humanização na área da Saúde que permite ultrapassar o estado de ações pontuais na vida institucional por adotar

uma visão sistêmica e organizada, tecnicamente amparada para a implantação de política que almeja desenvolver a cultura da humanização.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Organização e administração; Serviços de saúde; Políticas públicas.

Abstract

Objective: to show and discuss, in conceptual and methodological terms, the development of the humanization of health practices as institutional policy (guidelines for actions that promotes institutional culture based on humanistic values). Method: we defined the “Hospital das Clinicas, School of Medicine, São Paulo University” as a case for being a public institution of reference in teaching, research and assistance in health. We did documentary survey on the humanization since 2005 until 2012, and descriptive analysis of scenarios and processes involved in this case, as well as interpretive analysis based on theoretical references adopted. Results: to developing the humanization in the Complex, they structured a collaborative network consisting of 16 groups and coordination. Among the various actions of building the network, the highlight was the training course for coordinators to the methodology of humanization, which consists in: by tools and techniques of organizational assessment and planning to identify critical situations in interactions with users, employees or teams, so to define actions in the problem areas and to monitor indicators such actions. The projects articulated with Network in 2010 amounted 120, and in 2012, 411 projects. The model of the Network “Humaniza FMUSPHC” is a management strategy of humanization in healthcare that surpasses punctual actions on institutional life, by adopting a systemic and organized vision technically supported to implement policy that aims the humanization culture.

Keywords: Humanization of assistance; Organization and administration; Health services; Public Policies.

Introdução

Humanização das práticas de saúde - uma leitura

Nos últimos dez anos, o termo “humanização” tornou-se recorrente nos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais do Ministério e Secretarias de Estado e municipais de Saúde, e nas publicações da área da Saúde Coletiva, como conjunto de ações que bem qualificam a atenção ao paciente. Consulta à literatura mostrou que a humanização na área da Saúde tem caráter polissêmico e se refere a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento sujeitas a várias interpretações (Rios, 2009; Reis e col., 2004; Deslandes, 2006; Heckert e col., 2009; Puccini e Cecílio, 2004). No nosso horizonte histórico e conceitual, o termo humanização desponta no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes, particularmente no campo das interações (Rios e Schraiber, 2012; Birman, 2001). Tal revisão, na área da saúde, evidenciou que tecnicismo, falta de comunicação, fraco compromisso com o bom resultado do trabalho realizado, pouca compaixão e sensibilidade para com o sofrimento do outro, deslizes éticos associados ou não ao esgotamento do profissional da saúde, e a falta de eficiência em gerir e organizar os processos de trabalho têm efeitos devastadores sobre as pessoas (Sá, 2005; Araújo e col., 2003; Ayres, 2004). Em decorrência disso, há algum tempo, no Brasil e no mundo, surgiram iniciativas no sentido de ressaltar os Direitos Humanos, a Ética, a Cidadania e a Humanização como, mais que conceitos emergentes, práticas que no dia a dia dos serviços realizam o esforço de construir uma realidade menos bruta.

Conceitualmente, a humanização surgiu da convergência de campos das Ciências e Humanidades, problematizando o modo como se desenvolvem as práticas de saúde e propondo a ampliação dos processos comunicacionais nelas contidos, incorporando-se dimensões éticas e técnicas tais como responsabilidade, acolhimento e diálogo nas ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (Ayres, 2004; Reis e col., 2004; Jungues e Bagatini, 2010; Rios e Schraiber, 2012).

Marcadamente a partir do final da década de 1980, a Humanização se propagou como um movi-

mento técnico-político na área da Saúde (Rios, 2009; Deslandes, 2006; Puccini e Cecílio, 2004), ganhando espaço nas discussões em torno da qualidade das práticas. Inicialmente, a humanização se expressava como ações isoladas que tornavam o ambiente hospitalar mais afável: atividades lúdicas, lazer, entretenimento.

Em 2000, iniciativas plurais com apelo à humanização se organizaram em torno do PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), chegando pouco tempo depois, em 2002, à Política Nacional de Humanização (PNH), ambos do Ministério da Saúde.

Sobre a PNH, Deslandes (2006) faz uma análise dos textos oficiais do Ministério da Saúde, ressaltando os aspectos que constituem sua abrangência conceitual e prática: oposição à violência institucional, oferta de atendimento de qualidade, acolhimento, melhorias nas condições de trabalho dos profissionais e aprimoramento comunicacional.

No ambiente organizacional, entende-se por humanização o conjunto de processos que visam transformar a cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados na busca de soluções compartilhadas por todos os envolvidos em tais ações (Rios, 2009). O resultado esperado é a consolidação de valores humanísticos no trabalho em saúde e a aliança entre competência técnica/tecnológica e competência ética/relacional.

E é justamente porque visa à promoção dessa cultura institucional de valorização das pessoas e boa qualidade das interações no trabalho, cujos reflexos aparecem no bom atendimento aos pacientes, que a humanização tornou-se um importante desafio para a gestão dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a PNH oferece princípios, diretrizes, métodos e dispositivos que determinam o modo de fazer a gestão e a atenção “humanizadas”, mas não diz diretamente o que cada serviço deve fazer (Brasil, 2008a), propondo que as instituições elaborem estratégias adequadas às suas realidades locais.

Para promover uma “ruptura” nos padrões cristalizados de funcionamento de uma instituição e um “movimento” que conduza à humanização, a PNH propõe criar um grupo de profissionais dedicados

a essa tarefa, o chamado Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), cujo desenho pode ser flexível, mas deve ser efetivamente apoiado pela direção dos serviços (Brasil, 2008b).

Ao longo dos anos que seguiram a PNH, acumularam-se experiências de desenvolvimento da humanização com diferentes resultados. Entre as dificuldades encontradas, observou-se que o desconhecimento dos aspectos político e gerencial dos gestores para com a humanização se reflete na escassez de investimentos humano e econômico para sustentá-la como política institucional e se constitui em um dos principais entraves para seu desenvolvimento. A prática comum de gestão desvinculada da atenção à saúde e ações de humanização pontuais, ou projetos de curto prazo mal planejados e mal gerenciados não propiciam mudanças coletivas que representem verdadeiras transformações institucionais (Rios, 2009).

Coloca-se como desafio aos serviços de saúde uma questão central: como desenvolver a humanização das práticas de saúde como uma política, ou seja, um conjunto de diretrizes norteadoras de ações que produzam uma cultura institucional que faça operar seus conceitos e métodos no cotidiano e na realidade histórica, concreta e singular de cada serviço de saúde?

O caso relatado neste artigo apresenta e discute o modelo criado por um serviço de saúde hospitalar para responder a essa questão.

Método

O caso - a Rede Humaniza FMUSPHC

O estudo de caso é um método de investigar e compreender uma experiência muito utilizado nas áreas Administrativa e de Gestão (Adelman e col., 1976; Wright e Mathias, 2009). Define-se como caso a história constituída por vários processos em determinado contexto que sistematiza e aprofunda uma experiência administrativa. Com base em uma abordagem teórica, faz-se a análise do contexto organizacional, identifica-se detalhadamente os diversos processos envolvidos, os pontos críticos e as soluções práticas apresentadas. No cenário organizacional, o estudo de caso permite explorar acontecimentos e representações para a análise processual e contextual de várias ações e significados

de impacto na vida da organização, construídos no seu interior.

A escolha do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) como caso deu-se por:

- ser um serviço assistencial ligado à educação superior e pesquisa em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) que acumula vivências e estudos acadêmicos acerca do tema;
- ser um serviço de saúde hospitalar considerado de boa qualidade técnica e tecnológica, e nesse quesito, modelar;
- apresentar uma proposta de trabalho para a humanização que busca responder às orientações da PNH;
- oferecer acesso às pesquisadoras, também protagonistas da experiência no período em exame neste estudo.

No estudo aqui abordado, realizou-se:

1. leitura exploratória de documentos e registros referentes ao período de 2005 a 2010: atas das reuniões do Comitê de Humanização do HC, portarias, memorandos, relatórios de gestão e projetos sobre humanização constantes dos arquivos da Diretoria Clínica do HCFMUSP, assim como documentos obtidos no Núcleo de Informação do Hospital e no Núcleo Técnico e Científico de Humanização, contendo informações sobre estrutura, indicadores hospitalares, produtividade, ações de humanização (HCFMUSP, 2010a; HCFMUSP, 2012);
2. observação direta das reuniões do Comitê de Humanização e das visitas aos Institutos, realizados conforme técnica de pesquisa qualitativa;
3. aplicação de questionários abertos aos coordenadores dos subcomitês e análise de conteúdo das respostas obtidas, identificando percepções e ideias sobre humanização, estrutura dos subcomitês de humanização de cada Instituto, e ações humanizadoras em andamento em 2009;
4. exame das planilhas e relatórios de monitoramento das ações de humanização dos Institutos no segundo semestre de 2012.

Com os dados assim coletados, fez-se a análise descritiva dos cenários e processos envolvidos na realidade em estudo, assim como a análise interpretativa deles à luz das referências teóricas adotadas e citadas na introdução deste artigo.

Resultados

O cenário organizacional

O Sistema FMUSPHC é uma organização pública de ensino, pesquisa e assistência à saúde no Estado de São Paulo formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Complexo Hospital das Clínicas (8 Institutos e 2 Hospitais Auxiliares), Fundações de Apoio, Instituto de Medicina Tropical, 1 Hospital Universitário (HU), a Área de Gestão do Projeto Região Oeste (unidades básicas de saúde, pronto-socorros e ambulatórios da Secretaria Municipal da Saúde), 62 Laboratórios de Investigação Médica (LIMs), 1 Centro de Saúde-Escola, e 1 Centro de Medicina Nuclear.

Em 2010, o número de funcionários (entre servidores públicos e fundacionais) na Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas somava 14.888 pessoas (HCFMUSP, 2010b). A capacidade hospitalar mensal instalada no HCFMUSP era de 2.217 leitos, dos quais estiveram em operação 2.020 leitos. O número de saídas hospitalares no período foi de 70.131, com volume mensal, em média, de 5.844. O volume médio de procedimentos cirúrgicos foi de 3.089 por mês, totalizando 37.063 cirurgias realizadas no ano. No mesmo período, a produção de diagnóstico por imagem foi de 440.764 exames de Raios X, 86.009 tomografias, 20.904 ressonâncias magnéticas e 193.043 outros exames radiológicos, incluindo ultrassonografias. Nas unidades de emergência, foram realizados 260.029 atendimentos (em média 21.669 por mês), o que gerou 29.214 internações. Nos ambulatórios, foram realizadas 1.365.016 consultas médicas (média mensal de 113.751 consultas).

Estes números mostram a impressionante quantidade e complexidade de relações humanas presentes no cotidiano das práticas de saúde no HCFMUSP, que por si só já seriam suficientes para justificar a relevância da temática da humanização, mas não só os números sustentam essa necessidade. Como em muitos hospitais, no Hospital das Clínicas, predominava o modelo biomédico de atenção à saúde e o modelo tradicional de gestão. Na atenção à saúde, ressaltava-se o protagonismo médico e o foco sobre os aspectos biológicos do processo saúde-doença, não raramente deixando-se à deriva os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais que fazem parte

do adoecimento das pessoas. Na gestão, como traço histórico de um modelo, a organização científica do trabalho caracterizava-se na centralização do comando, hierarquia, poucos espaços de comunicação e participação do trabalhador na organização dos processos de trabalho, e controle do trabalho mais por meio de normatizações e menos por acordos dialogados. Segundo a PNH, esse cenário da atenção e gestão se coloca no centro das discussões sobre as condições que deterioram as relações entre as pessoas no ambiente hospitalar, diminuindo a qualidade do cuidado e determinando o sofrimento psíquico ocupacional (Hennington, 2008; Rios, 2009).

Na perspectiva da Humanização, em 2001, foi criado o Comitê Humaniza HC, composto por integrantes dos chamados subcomitês de cada Instituto. Em sua maioria, os integrantes eram profissionais da saúde simpáticos ao tema, e que empreendiam “ações humanizadoras” ou programas focais nos seus Institutos. Cada Instituto atuava de forma independente. Em alguns, a humanização era uma diretriz criada pela alta direção e fomentada no Instituto como um todo. Em outros, dependia quase que exclusivamente de convicções pessoais de alguns trabalhadores que, em um gesto voluntário, realizavam ações de humanização. As concepções de humanização eram muito discrepantes e na maioria dos Institutos não havia uma definição metodológica para o desenvolvimento das ações.

Particularmente no que se refere à humanização em uma vertente política, na análise triangulada dos dados levantados pelas técnicas de coleta citadas anteriormente, destacavam-se três principais problemas:

- percepção da humanização por gestores, trabalhadores e usuários como ações pontuais de amenização do ambiente hospitalar, de caráter lúdico (ex.: palhaços de hospital, contação de histórias, etc.) ou comemorativas (aniversários, dias festivos, etc.), com bons resultados locais, mas pouco efetivos na vida institucional como um todo;
- ausência de uma proposta de estrutura e de gestão da humanização que integrasse os subcomitês dos Institutos segundo princípios e diretrizes comuns ao Complexo;
- subcomitês em condições muito heterogêneas, alguns organizados e ativos, outros sem relevância institucional ou inexistentes.

A análise de situação mostrava a ausência de um dispositivo organizacional capaz de implantar uma política institucional de humanização, levando em conta sua dimensão física, cultura e complexidade organizacional.

Em 2006, por iniciativa de uma diretora de Instituto, motivada pelas propostas da PNH, começaram os debates em torno da criação de uma “política institucional de humanização” para o Complexo. No contexto descrito, entendeu-se que inserir a humanização como política institucional significava integrar o Sistema com valores e conceitos alinhados, diretrizes e práticas articuladas, sinérgicos a uma missão e visão de humanização comum a todas as suas unidades.

Em 2007, criou-se um grupo gestor para a humanização denominado *Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) Coordenação*, que em 2012 transformou-se em um núcleo técnico, o Núcleo Técnico de Humanização (NTH), com a tarefa de criar um modelo para o desenvolvimento da humanização como política institucional e responder pela gestão desse processo. Esse grupo construiu a *Rede Humaniza FMUSPHC*.

O processo de criação

O *GTH Coordenação*, em 2009, elaborou o *Plano de Desenvolvimento da Humanização no Sistema FMUSPHC* para criação da *Rede Humaniza FMUSPHC* como instância gestora da humanização.

A proposta de rede colaborativa contida nesse plano baseou-se nos estudos de Levy (1998) sobre o que esse autor denomina *Inteligência Coletiva* que, manifesta em uma rede de encontros, operando em espaço presencial ou à distância, propiciaria trocas comunicativas para a produção de conhecimento e a realização de tarefas e construções coletivas em torno de objetivos comuns. Na humanização, a rede colaborativa seria uma instância de engajamento das pessoas para a criação e sustentação das ações de humanização no sistema como um todo.

Para organizar a rede assim pensada, o plano definiu três grandes objetivos, com ações e projetos correspondentes conduzidos em tempos quase simultâneos, cujos resultados estão resumidamente descritos no quadro 1.

Inicialmente, o trabalho deu-se em torno da sensibilização de gestores e construção de espaços

de discussão da humanização. Em 2009, realizou-se um Congresso de Humanização em parceria com o terceiro setor, no qual se conseguiu agregar pessoas de diversas áreas de atuação no Complexo, inclusive alunos da graduação em Medicina do Departamento Científico da FMUSP. Pela primeira vez, alunos da FMUSP se envolveram em uma atividade de humanização com o HC.

Em 2010, realizou-se um curso de capacitação para os GTHs das unidades do Sistema, abordando-se conceitos de humanização; experiências práticas; ferramentas de gestão para a humanização; funções do GTH estratégico; funções do coordenador do GTH; estratégias para a organização do GTH. Ofereceu-se assessoria para elaboração do plano de trabalho de humanização de cada unidade. Ao final do curso, cada GTH tinha um plano de trabalho, sendo todos articulados com as diretrizes da Rede. Todos os planos de trabalho dos GTHs Membros foram revisados pelo GTH Coordenação, aprovados pelos diretores executivos das unidades, e colocados em andamento, somando 120 projetos/ações na Rede.

A primeira mudança estrutural derivada das ações desse plano de desenvolvimento da humanização no HC deu-se sobre o modelo de *subcomitês de humanização* para *GTH estratégico*. Os subcomitês eram formados por pessoas que voluntariamente ajudavam na realização de suas ações. Na nova configuração, o GTH foi formado por profissionais da saúde capacitados no campo teórico-prático da humanização, com recursos para atuar junto às equipes gestoras dos serviços, em vários setores da Instituição. O GTH estratégico é elemento fundamental para a boa gestão dos serviços porque trabalha auxiliando os setores no aprimoramento relacional e estimulando a integração pelo fio condutor da humanização, o que ao longo do tempo resulta em gestões mais inclusivas e eficientes (Rios e Schraiber, 2012).

A segunda mudança foi quanto à metodologia adotada para as ações de humanização. O GTH estratégico, por meio de avaliadores organizacionais, tais como Pesquisa de Clima, Relatórios da Ouvidoria, Pesquisa de Satisfação dos Usuários identifica situações críticas referentes às relações interpessoais no atendimento ao usuário, entre colaboradores, equipes ou comunidade. Depois de identificar os problemas-objeto da humanização, o GTH estratégico

Quadro I - Plano de desenvolvimento da humanização - Sistema FMUSPHC, 2007/12

Objetivos	Ações	Resultados
1. Definir a humanização como política na alta direção	1.1 Inserção e discussão do tema nas reuniões das Diretorias Executivas do Sistema FMUSPHC	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2008, deliberação e recursos da Superintendência e Diretoria Clínica para a criação da Rede Humaniza. - De 2008 a 2012, palestras realizadas a convite dos diretores dos Institutos para discussão do tema em seus serviços. - Em 2011, inserção da Rede Humaniza no organograma da Diretoria Clínica do Complexo.
2. Disseminar princípios, valores, conceitos e métodos para a cultura da humanização no Sistema FMUSPHC	2.1 Promoção de amplo debate e atividades de educação permanente sobre humanização	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2009, Congresso de Humanização no Centro de Convenções Rebouças. Contou com cerca de 600 participantes em 20 oficinas, 4 conferências, 8 mesas-redondas e 136 pôsteres aprovados. - Em 2009, publicação do livro "Caminhos da Humanização – prática e reflexão", e distribuição gratuita de 1.000 exemplares impressos e 1.000 CDs. - Em 2010, evento "Boas Práticas em Humanização", para os coordenadores de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do HC. Agregou 180 colaboradores/multiplicadores da Rede. - Em 2011, encontro "Humanização em Rede", para os coordenadores de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do HC. Agregou 200 colaboradores/multiplicadores da Rede. - Em 2012, oficina "Como elaborar indicadores de humanização", para os coordenadores de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) do HC. Agregou 80 colaboradores da Rede.
3. Implantar estrutura de rede para a gestão da humanização	3.1 Envolvimento dos diretores dos Institutos em seus GTHs	<ul style="list-style-type: none"> - Cem por cento dos diretores de Institutos indicaram pelo menos um assessor direto para compor seus GTHs
	3.2 Capacitação dos coordenadores de cada GTH	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2010, Curso de Desenvolvimento de Coordenadores de GTH. Totalizou 100% dos Institutos e Hospitais Auxiliares, LIMs, HU, Região Oeste, num total de 38 coordenadores
	3.3 Assessoria para estruturação dos GTHs das unidades e elaboração de planos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Assessoria em grupo a 100% dos planos apresentados no Curso de Desenvolvimento de Coordenadores de GTH
	3.4 Elaboração do Regimento Interno da Rede	<ul style="list-style-type: none"> - Texto aprovado pelo Diretor Clínico e publicado em D.O. em 2011.
	3.5 Monitoramento das ações humanizadoras da Rede	<ul style="list-style-type: none"> - Implantou-se modelo de relatório trimestral que permite o acompanhamento das ações da Rede e prestação de contas para a SES. De 2008 a 2012, foram 16 períodos contínuos de monitoramento. Em 2012 o relatório mudou de formato e sua análise passou a ser divulgada no site da Rede. Alcançou-se pontuação máxima para o item Humanização no plano de pactuação SES e HC para repasse de verbas segundo metas. - Assessoria direta a todos os GTHs da Rede com visitas anuais aos Institutos (100% em 2011 e 2012).
	3.6 Desenvolvimento de projeto de comunicação para a Rede, utilizando mídias eletrônicas internas e externas	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2010, criação do site: http://www.hcnet.usp.br/humaniza/index.html - A partir de 2012, publicação semanal de projetos/ações da Rede no próprio site, no site da Rede HumanizaSUS e no Facebook - A partir de 2012, publicação semanal de notícias da Rede no boletim HC On Line

co promove junto às áreas espaços de diálogo para discuti-los e propor soluções. São definidos objetivos, metas, ações e indicadores, estimulando ou promovendo mudanças que recuperem a qualidade das interações nesses locais. Posteriormente, o GTH monitora tais ações.

A identidade da Rede

A Rede Humaniza FMUSPHC, ligada diretamente à Diretoria Clínica da Superintendência do Hospital das Clínicas, foi estruturada como rede de colaboração, formada por: uma instância de coordenação, o Núcleo Técnico de Humanização (NTH), e 16 GTHs Membros: Instituto de Medicina de Reabilitação/Rede Lucy Montoro (IMREA/RRLM), Instituto de Psiquiatria (Ipq), Instituto do Coração (InCor), Instituto Central

(ICHC), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Instituto de Radiologia (InRad), Instituto da Criança (ICr), Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Hospital Auxiliar de Cotoxó (HAC), Hospital Auxiliar de Suzano (HAS), LIMs (Laboratórios de Investigação Médica do HC), Gestão Região Oeste, Administração do HC, Pronto-Socorros, Hospital Universitário e Centro de Saúde Escola Butantã.

O NTH foi constituído por cinco profissionais da saúde dedicados ao trabalho da humanização no Complexo (duas médicas, uma psicóloga, um administrador e uma secretária) e ocupa uma sala no Prédio da Administração do HC.

O NTH e dois representantes de cada GTH Membro formam a *Comissão de Humanização*, instância de integração gestora da Rede (Fig.1).

Figura 1 - Estrutura da Rede Humaniza FMUSPHC



Fonte: HCFMUSP, NTH 2012.

No quadro 2, apresentam-se elementos da cultura da humanização expressos na missão, visão, valores e objetivos elaborados e definidos coletivamente pelos integrantes da Rede, descritos no Regimento Interno (HCFMUSP, 2012).

Quadro 2 - Elementos da cultura institucional da humanização

Missão

Implantar política de humanização no Sistema FMUSPHC, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários para o desenvolvimento da cultura da humanização em todas as práticas de atenção, gestão e ensino.

Visão

Constituir-se como referência em Humanização na Área da Saúde.

Valores

- A vida humana e suas expressões
- A dimensão subjetiva e social das pessoas
- A ética e os direitos
- A participação, autonomia e responsabilidade
- O trabalho em equipe e redes cooperativas
- A qualidade das práticas

Objetivos

- Desenvolver a cultura da humanização
- Contribuir para a produção de conhecimento em humanização
- Fortalecer assistência que reforce a qualidade técnica e ética do cuidado
- Valorizar o profissional da saúde e estimular a educação permanente
- Assessorar as lideranças para ações de impacto em humanização
- Contribuir para a melhoria das relações de trabalho

A gestão da Rede

À Rede Humaniza FMUSPHC compete elaborar e implementar políticas institucionais, realizar diagnósticos e ações planejadas em parceria com as diversas áreas do Sistema para a humanização na assistência e no ensino. Nela, os conceitos de humanização descritos anteriormente se traduzem em diretrizes gerais de trabalho (Quadro 3). O NTH tem a função de coordenar a Rede, assessorar os GTHs Membros, promovendo sua integração e acompanhar as ações de humanização da Rede como um

todo. Os GTHs Membros devem trabalhar, em âmbito local, de acordo com as diretrizes propostas pelas políticas da Rede.

Quadro 3 - Diretrizes da Rede Humaniza FMUSPHC

- Atuar nos três eixos principais da humanização: usuário (pacientes e alunos), trabalhadores da saúde e gestão.
- Fazer diagnósticos no ambiente de trabalho e propor ações/projetos para sua melhoria.
- Trabalhar com métodos que permitam a participação das pessoas e o planejamento estratégico adotado pelo HC.
- Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes.
- Monitorar ações/projetos de humanização.

Quinzenalmente, a Comissão de Humanização se reúne para compartilhar experiências e informações, e desenvolver processos de educação permanente e gestão participativa que sustentam a política de humanização (Brasil, 2004a). Como exemplo de interação na Rede, descrevemos um fato ocorrido em 2012: um determinado GTH trouxe como questão para a Comissão de Humanização se ele poderia capacitar os funcionários das empresas terceirizadas de segurança junto com os funcionários da sua equipe de recepção para melhorar a qualidade da atenção ao usuário na chegada ao serviço. Depois de discutir a questão, formou-se um grupo-tarefa composto por pessoas de três Institutos, com formações e funções diferentes, que se encarregaram de elaborar uma proposta-resposta à questão. Em outra reunião, o grupo-tarefa apresentou a proposta que depois de receber contribuições da Comissão, foi adotada como diretriz técnica na Rede, disponível na intranet da Instituição.

Outro importante recurso de interatividade na Rede são as mídias eletrônicas. No site da Rede HumanizaFMUSPHC, no site da Rede HumanizaSUS e no Facebook, semanalmente são publicados artigos divulgando as ações dos vários integrantes da Rede. Todos os artigos são assinados pelos autores e responsáveis por tais ações, dando visibilidade não só às ações mas também às pessoas nelas envolvidas.

A cada três meses, cada GTH envia ao NTH

uma planilha com breve descritivo das ações de humanização de sua unidade. Tais planilhas são consolidadas e a análise dos dados, publicada. Essas informações são importantes porque fazem parte do plano de metas pactuado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o HC para repasse de verbas, mas também porque permitem o acompanhamento da humanização na Rede. Acompanha-se as ações de humanização segundo tipo de ação, público a que se destina, e continuidade das ações, por GTH e o total da Rede.

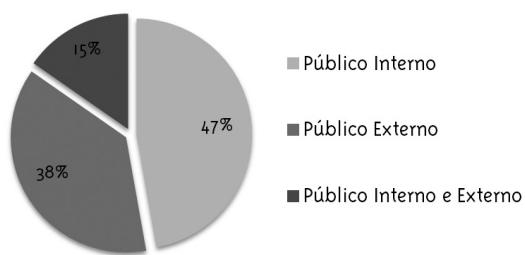
No último trimestre de 2012, somava-se 411 projetos/ações em várias temáticas da humanização, dirigidos a usuários (público externo) e colaboradores (público interno) na Rede. Desse total, 289 eram ações de caráter contínuo, o que pode estar associado a uma mudança no caráter das ações humanizadoras, no sentido de superar manifestações pontuais, sem continuidade e portanto com pouca efetividade, que, como mencionado anteriormente neste artigo, durante muito tempo caracterizaram a humanização neste Complexo. Os gráficos 1, 2 e 3 ilustram o monitoramento realizado.

O acompanhamento do trabalho na Rede também se faz por meio de visitas técnicas do NTH aos Institutos e às reuniões dos GTHs, quando se faz a observação direta de projetos e ações, e a escuta dos funcionários e usuários, com objetivo de compreender as situações locais e se necessário assessorar os serviços em projetos específicos. Como exemplo, o NTH em 2012 foi chamado a participar do projeto de Reforma do Pronto-Socorro do ICHC (Instituto Central do Hospital das Clínicas), particularmente no acolhimento aos usuários. Em 2013, esse projeto encontra-se em desenvolvimento.

Voltado às ações educacionais para a sustentabilidade da Rede, periodicamente o NTH e os GTHs oferecem encontros, oficinas e cursos sobre temáticas da humanização, destinados a profissionais da área da saúde.

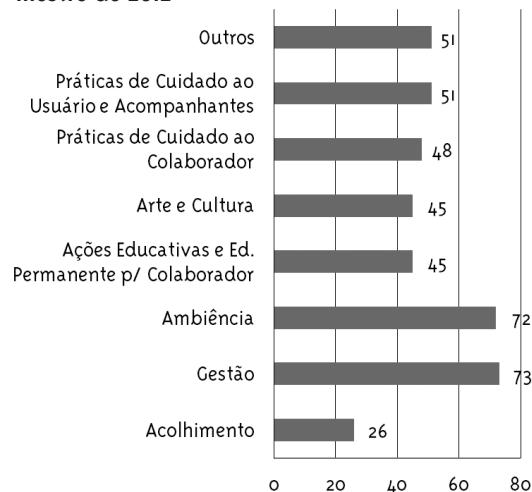
Atuando em outra linha, mas ainda referente à educação, articulou-se o tema da humanização com a formação médica. Desde 2008, a humanização tornou-se tema presente em duas disciplinas do currículo obrigatório da graduação (Medicina e Humanidades no primeiro ano, e Cidadania e Medicina no terceiro ano), e em projetos de iniciação científica de alunos no Departamento de Medicina Preventiva

Gráfico 1 - Distribuição proporcional (%) das ações de humanização segundo público-alvo na Rede Humaniza FMUSPHC no quarto trimestre de 2012



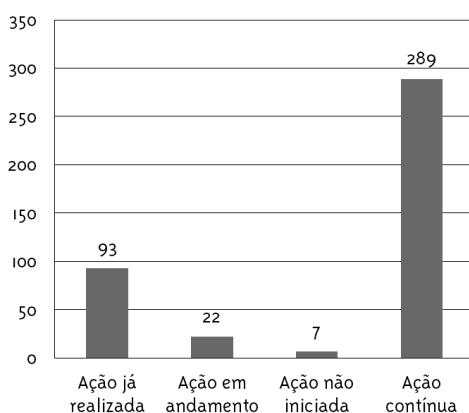
Fonte: HCFMUSP, NTH 2012.

Gráfico 2 - número de ações de humanização segundo temática na Rede Humaniza FMUSPHC no quarto trimestre de 2012



Fonte: HCFMUSP, NTH 2012.

Gráfico 3 - número de ações de humanização segundo estado de implantação na Rede Humaniza FMUSPHC no quarto trimestre de 2012



Fonte: HCFMUSP, NTH 2012.

da FMUSP. Observa-se que pouco a pouco o tema da humanização chega à Educação Médica, e pode vir a ser decisiva na formação de profissionais mais sensíveis e capazes de atuar no campo da intersubjetividade, da ética e dos direitos.

Considerações finais

Sobre o caso – uma perspectiva

A humanização é tema de grande importância na área da saúde. Expressa como política, a PNH apresenta princípios, diretrizes, métodos e dispositivos, deixando como desafio aos serviços a criação de estratégias para sua efetivação. Tal desafio tem particular significado quando se trata de instituições de referência para o ensino e a pesquisa, pois cumprem importante papel de aparelhos formadores de pessoas e de cultura. Estudos mostram que o desenvolvimento de competência ético-relacional (Caldicott e Davis, 2009; Rios e Schraiber 2012) é fundamental para uma atuação profissional voltada ao cuidado e à humanização, tarefa que começa nos bancos da escola e se consolida no ambiente de prática nos serviços de atenção à Saúde (Hundert e col., 1996).

No HCFMUSP, o modelo tradicional de gestão e o predomínio da visão biomédica na atenção, por si só, já colocavam dificuldades para a humanização das práticas de saúde. Na análise do cenário institucional, acrescentou-se a tais dificuldades, manifestações de preconceito e desconhecimento sobre a Política Nacional de Humanização. Identificou-se que o principal nó crítico encontrava-se na falta de uma estratégia de desenvolvimento da humanização adequada a essa realidade do Complexo. A solução prática adotada foi a criação de um modelo de estrutura e gestão para a humanização adequado às características organizacionais.

Colocando a teoria em prática, no trabalho de construção da Rede Humaniza FMUSPHC, a ênfase deu-se sobre pessoas e interações.

Sabe-se que a organização e o bom funcionamento de um GTH dependem diretamente de sua coordenação. O coordenador deve ser um profissional reconhecido pelos gestores, preparado para promover a aglutinação de pessoas sensíveis ao tema, capaz de atuar como facilitador da compreensão teórica e prática da humanização, e de transmitir e

reconstruir conhecimentos na sua realidade local, provocando efeito multiplicador do saber e fazer “humanizado”. Por tais motivos, trabalhou-se junto aos diretores a valorização e o empoderamento dos coordenadores dos GTHs Membros, e realizou-se o curso de capacitação mencionado.

No tocante à interatividade, antes da organização da Rede Humaniza, cada GTH promovia ações isoladas, amadoras e voluntárias. A partir dela, os GTHs tornaram-se aptos a elaborar planos de trabalho com método e articulados a uma política institucional. O formato de rede propiciou integração e parceria entre os participantes da Rede pela ampla possibilidade de compartilhamento de experiências e recursos vários.

A atuação de um núcleo coordenador da Rede também se mostrou importante como dispositivo gestor que favorece os encontros, as trocas comunicacionais, as ações de assessoria técnica e o alinhamento dos GTHs com a alta direção dos Institutos e do Complexo como um todo.

À guisa de finalização, uma consideração a se fazer é sobre o grande desafio que estruturas plurais, historicamente regidas por modelos de organização vertical, enfrentam quando resolvem trabalhar um tema transversal como a humanização que, como tal, deve se capilarizar em todos os espaços institucionais, sem engessá-los ou impor-se enquanto ações desconexas às realidades particulares de cada setor.

No caso ora apresentado, pôde-se constatar que o alinhamento conceitual e metodológico foi uma estratégia fundamental para a integração, pois mostrou *o jeito* de fazer sem determinar caso a caso *o que* fazer, respeitando necessidades locais dos diversos espaços abrangidos.

Os resultados apresentados neste artigo apontam no sentido de consolidar o modelo da Rede Humaniza FMUSPHC como estratégia de gestão em humanização que supera as ações predominantemente lúdicas e comemorativas, isoladas e de pouco impacto na vida institucional, pela adoção de uma visão sistêmica e organizada, tecnicamente amparada, que busca a disseminação de conceitos e práticas alinhadas a uma política que almeja a cultura da humanização em todos os seus matizes.

Não obstante, mesmo em face dos resultados observados, os problemas nas relações interpessoais

de usuários, profissionais e equipes são muitos e ainda há que se percorrer um longo caminho na consolidação da cultura da humanização das práticas de saúde. Além disso, persistem algumas dificuldades localizadas como: gestores ainda resistentes e que não se envolvem de fato com o GTH de sua unidade; grande quantidade de trabalhadores que não aceitam a humanização como mudança de atitude e convenientemente preferem-na circunscrita a atividades lúdicas e comemorativas; profissionais que desconhecem a humanização, mas desqualificam-na e reduzem-na a “guia de boas maneiras”.

Vê-se que o caminho da humanização é longo e este caso retrata apenas um começo.

Referências

- ADELMAN, C.; JENKINS, D.; KEMMIIS, S. Rethinking case study: notes from the second Cambridge Conference. *Cambridge Journal of Education*, Cambridge, v. 6, n. 3, p. 139-150, 1976.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.
- BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho*. Brasília, DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização*. Brasília, DF, 2008b.
- CALDICOTT, C. V.; DAVIS, M. Medical ethics contributes to clinical management: teaching medical students to engage patients as moral agents. *Medical Education*, London, v. 43, n. 3, p. 283-289, 2009.
- DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- HCFMUSP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Núcleo de Informação em Saúde*. São Paulo, 2010a.
- HCFMUSP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Regimento interno da Rede Humaniza FMUSPHC*. São Paulo, 2010b.
- HCFMUSP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Núcleo Técnico e Científico de Humanização*. São Paulo, 2012.
- HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, p. 493-502, 2009. Suplemento 1.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.
- HUNDERT, E. M.; DOUGLAS-STEELE, D.; BICKEL, J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Medical Education*, London, v. 30, n. 5, p. 353-364, 1996.
- JUNGUES, J. R.; BAGATINI, T. Construção de sentido nas narrativas de doentes crônicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 179-185, 2010.
- LEVY, P. *Inteligência coletiva*. São Paulo: Loyola, 1998.
- PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

REIS, O. B. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P.
R. A humanização na saúde como instância
libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n.
3, p. 36-43, 2004.

RIOS, I. C. *Caminhos da humanização na saúde:*
prática e reflexão. São Paulo: Aurea, 2009.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. *Humanização e*
humanidades em medicina. São Paulo: Unesp,
2012.

SÁ, M. C. *Em busca de uma porta de saída: os*
destinos da solidariedade, da cooperação e do
cuidado com a vida na porta de entrada de um
hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado em
Psicologia) - Faculdade de Psicologia da USP, São
Paulo, 2005.

WRIGHT, J.; MATHIAS, W. F. *Casos brasileiros de*
transformação estratégica. São Paulo: Blucher,
2009.

Recebido em: 29/03/2013
Reapresentado em: 24/03/2012
Aprovado em: 01/04/2013