

Pinheiro Palheta, Rosiane; Justina da Costa, Roberta
Caminhos da Humanização Hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 253-264
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672022>

Caminhos da Humanização Hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda¹

Paths Towards Hospital Humanization: a circle of workers

Rosiane Pinheiro Palheta

Mestre em Planejamento do Desenvolvimento. Assistente social da Fundação Hospital Adriano Jorge. Doutoranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Endereço: WE: 72 número 391, Coqueiro, Ananindeua-Pará, CEP 67140-520.

E-mail: anypinheiro@hotmail.com

Roberta Justina da Costa

Mestre em Serviço Social. Docente da Universidade Federal do Amazonas.

Endereço: Avenida General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário Senador Arthur Virgílio, Setor Norte, ICHL/DSS, Coroado, CEP 69077-070, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: rojcosta1@hotmail.com

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3^a edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como "Experiências Exitosas".

Resumo

O presente trabalho apresenta a experiência realizada num hospital público da cidade de Manaus, na temática da humanização na saúde; seus objetivos principais foram o de elevar a auto-estima e a motivação de funcionários da instituição, desencadear o entrosamento das equipes de profissionais e funcionários e despertar as equipes para uma nova postura em relação aos usuários. A metodologia foi construída gradativamente ao longo das duas etapas, a de encontros de capacitação com profissionais que formaram o Grupo de Trabalho em Humanização e a de oficinas de sensibilização em humanização com os trabalhadores de saúde. O trabalho procurou valorizar a participação dos envolvidos através das atividades interativas, o uso de dinâmicas, relato de experiência e repasse das informações sobre a Política Nacional de Humanização. Os resultados obtidos foram: a Formação do Grupo de Trabalho em Humanização; a realização de 34 oficinas com a participação de 339 servidores, abordando conteúdos e temas relacionados à PNH; e um Diagnóstico da situação.

Palavras-chave: Humanização; Trabalhadores de saúde; Protagonismo.

Abstract

This paper presents an experience conducted in a public hospital in the city of Manaus, focused on the theme of humanization in health care. Its objectives included to improve motivation and self-esteem of the institution's employees, to stimulate team-work of different specialties and to bring forth a new attitude toward service's users. The methodology was built along the two stages of intervention: the initial phase, in which meetings were held with professionals training to form a Humanization at Work Group; the workshops conducted with hospital's workers on the theme. A participatory process was sought for, enhancing the engagement of those involved in health care, through interactive activities, the resource of group dynamics, case studies and information on Brazilian's Humanization National Policy (PNH). The results were the creation of the Working Group on Humanization, the achievement of 34 workshops for 339 attendants, emphasizing contents and themes related to PNH, and a diagnosis of the situation.

Keywords: Humanization; Health Workers; Protagonists.

Introdução

A temática da humanização como uma política de saúde é algo relativamente novo, mas que tem despertado interesse de trabalhadores de saúde, de gestores, intelectuais, políticos e pesquisadores no sentido de compreender e analisar a humanização dos serviços de saúde, e de desencadear ações concretas neste sentido.

À primeira vista o tema pode parecer redundante ou até mesmo paradoxal: como podemos humanizar o que é humano? Existiria algo em nós que pudesse ser não humano? Em nossa experiência de trabalho com o tema, temos ouvido recorrentemente que a humanização é inerente à nossa prática profissional. Entretanto, quando o profissional de saúde está envolvido em seu cotidiano de trabalho, muitas vezes assume uma postura de estar acima do “bem e do mal”.

Nesse trabalho tenta-se evidenciar uma experiência dos trabalhadores de saúde com o tema da humanização, trazendo para o debate iniciativas que mostram um “SUS que dá certo” mesmo com os desafios e limitações existentes no cotidiano de nossas ações profissionais.

A necessidade de trabalhar a *Política Nacional de Humanização - PNH* na Fundação Hospital Adriano Jorge, culminou com a experiência cujo objetivo primordial foi melhorar o relacionamento entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços atendidos diariamente nesta fundação. A experiência tentou responder às mudanças necessárias preconizadas pela *PNH*, que desde 2006 vem disponibilizando aos profissionais de saúde instrumentos e tecnologias para materializar os princípios e diretrizes preconizadas na *Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080, LOS)*.

A *PNH*, entre outros objetivos, pretende valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e norteia-se por valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Neste trabalho, são evidenciadas ações que pretendem disparar essa política no Estado do Amazonas a partir da experiência com os servidores

e trabalhadores de saúde daquele hospital, buscando mobilizá-los e sensibilizá-los sobre a importância de trabalhar dentro de princípios que visam melhorar a prática dos serviços tanto para os usuários quanto para os próprios trabalhadores.

O desenvolvimento do trabalho consistiu em encontros pedagógicos com metodologias participativas e dialogadas que envolveram, primeiramente, os membros de um grupo de trabalho de humanização criado *ad hoc*, com o objetivo de formar multiplicadores que posteriormente desenvolvessem oficinas de sensibilização com o conjunto de trabalhadores daquela fundação. Utilizaremos o termo “Roda” para expressar a concretude participativa de todo o processo de trabalho, desde sua gênese até a realização das oficinas de sensibilização e diagnóstico da situação.

O Início

O tema da humanização nasceu como programa voltado à atenção hospitalar para melhoria do atendimento ao usuário e ao trabalhador de saúde, uma vez que o SUS por muito tempo esteve desacreditado por parte da população e pelos inúmeros problemas que envolviam a execução e a implementação das políticas de saúde, o que levou o governo a elaborar programas para a melhoria do atendimento à saúde.

Em 2003 a humanização passou a ser uma política nacional, cujo escopo busca a materialização dos princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde. O conceito de humanização ainda é um desafio, pois muitas vezes é associado ao assistencialismo, ao voluntarismo, paternalismo e à caridade.

Benevides e Passos (2005) retomam o conceito de humanização chamando-o de um modismo, porque enquanto tal padroniza ações e repete modos de funcionar de forma sintomática, afirmando que ganha aspecto de conceito-síntoma. Nas palavras dos autores:

Estamos chamando de conceito-síntoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movi-

mento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980. (p. 390)

Os autores colocam a importância de ultrapassar os limites desse conceito da idealização do “homem bom” e redefini-lo no “reencantamento do concreto” observando o homem a partir da realidade concreta das práticas de saúde. Dessa forma é possível entender os sujeitos implicados no processo de saúde e a política de humanização e seus dispositivos como estratégia de interferência nas práticas cuja capacidade transformadora pode ser acionada quando tais sujeitos são coletivamente engajados em práticas concretas, podendo transformar a si mesmos.

Deslandes (2004) considera positivamente o movimento, que pode ganhar contornos de uma nova “práxis” para a assistência e se constituir num novo campo de possibilidades tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. A autora pondera, entretanto, que a fundamentação teórico-prática no campo da humanização ainda requer exploração e investimento (Deslandes, 2004, p. 8).

No ambiente hospitalar da Fundação Hospital Adriano Jorge foi formado o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), fruto de um projeto aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas, dando início a um processo de participação dos trabalhadores de saúde na sua execução. Foram envolvidos assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, gestores, fisioterapeutas, farmacêuticos, médicos e outros profissionais da instituição como os agentes administrativos.

O grupo de trabalho foi constituído a partir de ampla reunião com todos os trabalhadores e gestores do hospital para apresentação da PNH, do projeto e a adesão dos trabalhadores ao grupo. A partir desse momento 22 profissionais aderiram à proposta do GTH que passou a ter encontros semanais para estudo, discussão e elaboração das ações a serem desenvolvidas.

Os primeiros encontros pautaram-se pela discussão dos documentos e dispositivos da Política Nacional de Humanização, trazendo a política para a realidade da instituição e discutindo a política à luz da realidade e da prática cotidiana do hospital. Havia ainda dinâmicas e vivências que favoreciam

o fortalecimento e o envolvimento do grupo.

O objetivo primordial desses encontros era formar multiplicadores, ou seja, profissionais que iriam sensibilizar outros profissionais do hospital através de oficinas pedagógicas. Estas ocorreram durante todo o ano de 2007, atingindo 339 trabalhadores e gestores da FHAJ.

As oficinas de sensibilização foram planejadas para acontecer nos três turnos de trabalho, para possibilitar e viabilizar a participação dos funcionários nas oficinas dentro do horário de trabalho. Dessa forma, foram realizadas 03 oficinas semanais, uma em cada um dos três turnos, para tentar favorecer a participação dos trabalhadores.

No entanto, houve uma participação menor dos médicos nas oficinas em relação às metas traçadas, devida ao fato de que alguns gestores, por desconhecer os propósitos do trabalho e os objetivos das oficinas, não estimularam a participação de seus funcionários, e também devido ao número limitado de trabalhadores dentro das clínicas. Sendo assim, podemos dizer que esse aspecto foi um dos fatores que desfavoreceram o desenvolvimento do trabalho.

A proposta era sensibilizar um grupo de trabalhadores de saúde de diversas áreas, mobilizando-os para tornarem-se agentes multiplicadores para a ampliação da proposta, envolvendo os três sujeitos da humanização: os trabalhadores, os gestores e os usuários do Sistema Único de Saúde.

As oficinas foram elaboradas a partir dos dispositivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde como Ambiência, Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, Clínica Ampliada; estes, associados a dinâmicas e vivências- nas quais os profissionais refletem a prática cotidiana e os problemas vivenciados pelos usuários e pelos próprios profissionais - refletem a metodologia discutida e utilizada nas oficinas. A adoção da estratégia expositiva-dialogada priorizou o tratamento dos dispositivos com apresentações áudio-visuais

A programação das oficinas foi elaborada de acordo com a realidade da fundação, amplamente discutida dentro do grupo. A discussão sobre o Acolhimento, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a própria Política Nacional de Humanização

permitiu a disseminação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde de maneira lúdica; os profissionais puderam não apenas discutir, mas, sobretudo vivenciar um SUS que muitos desconheciam ou haviam esquecido dentre as dificuldades vivenciadas na prática cotidiana.

A cada encontro surgiam novas dificuldades, porém novas energias eram encontradas para dar continuidade ao trabalho. As experiências partilhadas transformavam-se em sinergia e em compartilhamento de problemas, mas também de alternativas de solução. Os dispositivos se interpenetram e estão em constante interação, mas guardam em si particularidades que se refletem nas experiências concretas do ambiente hospitalar e nas experiências subjetivas de cada profissional em contato com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A escolha de iniciar as atividades junto as trabalhadores de saúde deveu-se ao fato de que

No processo de trabalho os trabalhadores ‘usam de si’, ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros (Brasil, 2004, p. 7).

Os problemas gerados em nível de gestão e de organização dos serviços são refletidos diretamente no cotidiano de trabalho através dos problemas e entraves ao acesso dos usuários à rede. Tais problemas chegam às mãos dos sujeitos que estão na porta do atendimento, ou seja, recepcionistas, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, maqueiros, dos médicos e de todos aqueles que direta ou indiretamente atendem às demandas da instituição.

As dinâmicas foram adequadas de acordo com cada tema trabalhado e as vivências voltadas para os dispositivos da PNH e a realidade do hospital. Nos encontros de formação houve muitas sugestões dos funcionários no sentido de melhorar a rotina do hospital principalmente relacionados à “Clínica ampliada”, “Acolhimento”, “Visita direta e aberta” e “Saúde do Trabalhador”.

Uma tônica observada durante os encontros foi que o diálogo estava sempre voltado para expressar experiências concretas, essa foi uma forma de

discutir problemas comuns e buscar resolvê-los em conjunto.

A tarefa de quem ensina (ou seja, quem orienta a aprendizagem) é uma tarefa quase artesanal de criação e recriação de alternativas pedagógicas que encaminhem esse processo, ajustando-as cada vez mais à sua realidade específica e corrigindo desvios. E o próprio instrutor/supervisor se verá também envolvido num processo de aprendizagem permanente (Davini, 1983, p. 7).

Após o momento de estudo e planejamento do grupo, que teve a duração de três meses, foram iniciadas as oficinas de sensibilização com os funcionários, com o envolvimento direto de uma parte do grupo como facilitadores do processo pedagógico e outra parte como apoiadores, atuando no planejamento e organização das atividades e eventos.

A oficina de sensibilização com os servidores e trabalhadores de saúde possibilitou aos participantes conhecer melhor os colegas de trabalho. Tais vivências objetivaram ainda trazer aos trabalhadores de saúde as situações expostas pelos usuários do sistema local, e confrontar as dificuldades às posturas tomada pelos profissionais. Isto permitiu uma reflexão sobre a própria prática e a co-responsabilidade nos problemas apresentados no cotidiano hospitalar e ambulatorial.

Foi realizada uma oficina com os gestores, que incluiu a participação da presidência, para trabalhar o dispositivo da Co-gestão, de forma a sensibilizar os gestores para maior apoio às ações realizadas na perspectiva da humanização na saúde na instituição. Durante as atividades participaram 138 (centro e trinta e oito) pessoas em Setembro, 118 (cento e dezoito) em Outubro e 83 (oitenta e três) em Novembro, totalizando 339 (trezentos e trinta e nove) servidores em três meses de atividades de oficina, como mostra o quadro 1.

Houve um decréscimo gradual no número de participantes, que pode estar associado a vários fatores. Podemos destacar como uma das principais dificuldades a desmotivação em deixar os locais de trabalho pelo reduzido número de trabalhadores e pela falta de apoio das chefias imediatas; isto levou o grupo organizador a reformular estratégias para desencadear maior participação. Uma dessas estratégias foi realizar uma oficina com os gestores

Quadro 1 - Número de participantes nas oficinas de sensibilização

| Mês | Nº de oficinas | Nº de participantes |
|----------|----------------|---------------------|
| Setembro | 09 | 138 |
| Outubro | 14 | 118 |
| Novembro | 11 | 83 |
| Total | 34 | 339 |

Fonte: Arquivos do Grupo de Trabalho de Humanização Fundação hospital Adriano Jorge/2008

para mobilizar e estimular a participação, já que até aquele momento, poucos gestores haviam participado das atividades.

Esta decisão de envolver os gestores numa oficina única era uma tentativa de discutir problemas identificados a partir da fala dos trabalhadores que já haviam passado pelas oficinas. Trazer para a pauta da discussão junto aos gestores a importância da implantação da PNH no hospital permitiu compreender a forma como a política era vista no interior da instituição e consolidar o apoio ao trabalho do GTH.

Esta oficina evidenciou a concepção dos gestores sobre a PNH: alguns deles apóiam e acreditam na sua realização; outros acreditam que desenvolver o trabalho de humanização não é uma panacéia, mas que deve ser incentivado dentro do espaço hospitalar. Existem ainda aqueles que olham com restrição e cuidado, entendendo a humanização como algo que já existia há muito tempo nas ações e práticas realizadas, mas que não estava denominado e definido como política.

A adesão de gestores ao próprio grupo de facilitadores criou um cenário favorável ao desenvolvimento do trabalho, pois eles ofereceram parceria e apoio financeiro para a realização das oficinas. Foi possível realizar um coquetel em cada oficina como forma de favorecer o diálogo e a troca no intervalo das atividades, além de estimular os participantes através de sorteio de brindes aos participantes, que saíram do evento “vestindo a camisa da humanização”.

Apesar do apoio gerencial formal, ainda houve dificuldades de participação nos encontros, seja pela falta de apoio do gestor imediato, seja por problemas de ordem administrativa, pessoal ou de concepção,

o que resultou em evasão e falta de estímulo nas atividades, o que pode também, ser visto um cenário desfavorável da ação, uma vez que um significativo número de trabalhadores deixou de participar das oficinas devido a falta de apoio dos chefes em liberar os profissionais para participar do evento.

Uma das atividades proveitosa desenvolvidas dentro das oficinas foi o diagnóstico situacional. Neste momento, os trabalhadores reuniam-se em subgrupos para discussão das situações reais e das situações desejadas, debatendo alternativas para a superação dos problemas. Estes momentos suscitavam uma reflexão conjunta sobre situações-problemas dentro dos setores presentes em cada oficina realizada; evidenciou-se que tais situações eram recorrentes e comuns entre os setores. A atividade em grupo proporcionou o reconhecimento de problemas comuns e a elaboração de sugestões para sua superação.

Os avanços foram significativos, uma vez que foi possível contagiar os membros do GTH com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, o que repercutiu na realização das oficinas: os funcionários que passaram por elas puderam perceber a importância da PNH para a melhoria do atendimento em saúde e para o bem-estar dos próprios trabalhadores.

A importância da implementação desse espaço de discussão e de encontro entre as diversas profissões de saúde, no qual são evidenciados problemas comuns e situações do cotidiano de trabalho passíveis de serem discutidas e minimizadas, apareceu nos comentários feitos pelos participantes: *“Deveria haver mais encontros como este”*, *“Estou saindo deste encontro renovada”*, *“Há muito tempo queria falar o que falei hoje”*.

Esta experiência tem potencial inovador no campo da gestão participativa no SUS, porque leva em consideração, no próprio campo de trabalho, no dia a dia dos trabalhadores, a inclusão de aspectos subjetivos que podem melhorar o processo de produção de saúde, materializando o que preconiza a própria PNH, que é a produção de sujeitos.

Construir uma metodologia de trabalho para implementação de projetos de humanização em saúde é um desafio porque requer instrumentos e técnicas e um mergulho na idéia e na noção de fazer saúde despidas de qualquer preconceito e, sobretudo, rom-

pimento com as formas tradicionais de produção de saúde, questionamento das normas, rotinas e a abertura para confrontá-las com a realidade do usuário com a dinâmica realidade dos sujeitos concretos.

Produção de saúde e de sujeitos é o que difere ações de gestão meramente burocráticas, de uma ação realmente participativa no SUS numa perspectiva de humanização, que leve em consideração os sujeitos que produzem saúde, que estão nos meandros dos problemas que envolvem o atendimento direto ao usuário. A gestão participativa deve levar em conta os trabalhadores de saúde, que ao mesmo tempo são transformados e transformadores porque estão diretamente em contato com os usuários e, ao mesmo tempo, são eles mesmos usuários do SUS.

A gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. (Brasil, 2007, p. 8)

A experiência buscou a motivação dos trabalhadores e a realização de ações educativas que trouxessem à tona “o pensar e o fazer” coletivo na realidade do hospital. A participação dos trabalhadores nessa experiência nos mostra que o caminho para a mudança nas formas de fazer e produzir saúde é longo mas é possível quando feito de forma coletiva onde todos interagem e se identificam enquanto sujeitos sociais.

A importância de discutir o cotidiano do trabalho, sua relação com a população usuária, a valorização dos sujeitos dentro do processo de produção de saúde, de forma a favorecer o enfrentamento das dificuldades é um grande desafio; é necessário perceber o ambiente de trabalho como um espaço de vivência e do importante papel dos trabalhadores para a constituição do SUS, especialmente dentro de um contexto tão adverso: recursos escassos, excesso de demanda, precarização dos serviços oferecidos, falta de exames, de material de expediente e demora no atendimento.

Tais situações colocam aos profissionais frente a problemas cujas soluções não dependem deles, o que cria impactos negativos sobre sua atuação diante do usuário e diante do próprio processo de trabalho, pois está alienado dos meios e condições de resolvê-los.

O Processo em Roda: o diagnóstico situacional

O termo roda que utilizamos aqui refere-se mais a uma forma de trabalho do que a um conceito propriamente dito; o termo refere-se a um método de trabalho concreto e a uma forma de compreensão abstrata do processo de humanização em saúde. A roda tem um significado metafórico, pois traz a noção de inclusão, de sujeitos, de analisadores sociais, de realidades, de experiências concretas e de subjetividades.

Os ambientes de saúde colocam os profissionais constantemente em contato com a dor, o sofrimento, as angústias e problemas diversos dos pacientes, que vão às unidades de saúde em busca da resolução de seus problemas. Essas situações podem desencadear nos trabalhadores mecanismos de defesa e de distanciamento, e criam riscos de estresse e esgotamento dos profissionais. A minimização destes riscos requer tomada de posição por parte de gestores e dos próprios trabalhadores, no sentido de cuidar de quem cuida, através de iniciativas e projetos que venham valorizar e evidenciar a importância dos profissionais de saúde.

O processo de trabalho em roda é a forma como reunimos os participantes das oficinas para dialogar em círculo; isto permite aos sujeitos o olhar, a proximidade, o contato com o outro, a possibilidade de ouvir e ao mesmo tempo, transmitir sentimentos, emoções e gestos que poderiam escapar em outras formas de encontro.

Além disso, a “roda” significa a inclusão de elementos que não são levados em conta no processo de entendimento do problema, mas que influenciam diretamente seus resultados. Um usuário de saúde que insiste em chegar atrasado todos os dias para visitar um paciente internado, por exemplo, pode estar sendo influenciado pelo simples fato de morar distante e ter perdido o ônibus que passa na sua

comunidade de hora em hora. Pode ser por fatores econômicos e financeiros e sociais quando acaba de ser admitido no novo emprego e não pode levar atestado médico, ou o patrão não aceita, pois o trabalho é temporário e sem direitos trabalhistas.

Quando fatores como os exemplificados entram em confronto com a realidade estática presa nas normas institucionais, ocorrem conflitos que são comuns no interior das instituições e que poderiam ser resolvidos com uma atitude inclusiva, o ato de ouvir ou o simples bom senso.

Este exemplo serve para ilustrar como ocorre o trabalho em roda, que procura oferecer uma forma de levar em conta, no cotidiano de trabalho, os fatores determinantes das situações. Considerá-los pode levar a uma mudança substancial das relações entre profissionais e usuários nos ambientes de trabalho.

Esse dispositivo pretende ser instrumento no sentido de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde. A idéia é de que o espaço seja aberto a todos os servidores, técnicos, funcionários, gestores, e coordenadores: *“trata-se de instituir uma ‘parada’ e um ‘movimento’ no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudança no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão”* (Brasil, 2006, p. 6).

Os profissionais envolvidos nas oficinas eram oriundos de vários setores, do nível operacional, técnico e intermediário. Durante os encontros semanais, os profissionais envolvidos participaram de um diálogo através de estudos dirigidos dos dispositivos da PNH, conhecimento e socialização dos conceitos em humanização, adesão à proposta; foram realizados módulos de leitura e discussão dos textos da PNH (valorização da fala e da experiência dos participantes) e aulas expositivo- participativas.

A partir da elaboração de um plano de trabalho, foi possível organizar as primeiras oficinas a serem realizadas e o primeiro tema eleito para a discussão foi o acolhimento. Essa escolha não foi aleatória, mas baseada nas falas dos profissionais que apontaram ser esse o maior problema encontrado nos

setores presentes nas reuniões que antecederam as oficinas. As oficinas são sempre acompanhadas de dinâmicas e/ou vivências às quais trata de temas como “Acolhimento”, “Ambiência”, “Co-gestão” e outros que são tecnologias disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e apropriadas pelo grupo no decorrer dos encontros. As dinâmicas e vivências têm trazido questões à pauta das reuniões de problemas vivenciados pelos próprios membros do grupo e têm sido problematizados. Os facilitadores têm buscado construir coletivamente conceitos levando em consideração a experiência de cada um e de todos num exercício consensual.

O diagnóstico da situação dos setores representados nas oficinas é feito com o objetivo de trazer

para a roda os problemas gerais e específicos e discutir propostas coletivas com os participantes. Esse diagnóstico surgiu da discussão em grupo, e a partir dele eram traçadas alternativas de solução. Essa estratégia possibilitou o mapeamento da situação para que as ações a serem desenvolvidas tivessem como parâmetros os principais problemas sinalizados por quem os enfrenta, os trabalhadores em saúde. O quadro 2 sumariza as situações problemáticas apresentadas, as situações desejadas e as alternativas de solução apontadas. Esta estrutura de formulação permitiu que os servidores de cada setor pudessem refletir sobre seus problemas e encontrar soluções mais adequadas às respectivas realidades e problemas identificados.

Quadro 2 - Síntese do diagnóstico situacional a partir da visão dos trabalhadores de Saúde

| Situação Atual | Situação Desejada | Sugestões |
|---|---|--|
| Falta de materiais (de cirurgia, descartáveis, medicamentos...) c/ defeito. | Materiais suficientes para realização do trabalho. | Balanço de todos os materiais/ armários abastecidos, colchões, televisão, espaço... |
| - Falta de Ticket de refeição para os funcionários | - Ticket de refeição para todos os funcionários | - Viabilização de ticket pela direção |
| - Usuário mal orientado, perdido dentro do hospital. | - Resolutividade na procura pelos usuários | - Setas indicativas/ Funcionários bem informados. |
| - Dificuldade no agendamento de consultas no ambulatório. | - Informatizar todos os setores para melhorar o sistema. | - Disponibilizar mais funcionários p/ essa função. |
| - Falta de ambulâncias. | - Ambulâncias suficientes para suprir a demanda. | - Que providencie pelo menos mais 02 ambulâncias imediatamente. |
| - Falta de atendimento médico e psicológico para os funcionários e seus familiares. | - Priorizar vagas p/ os familiares. | - Fazer parcerias c/ outras instituições: Implantação um serviço de atendimento psicológico e social aos servidores da FSAJ. |
| - Falta de comunicação entre os setores | - Melhorar comunicação entre os setores (comunicação interativa). | - Reuniões periódicas entre os setores. |
| - Falta de capacitação. | - Servidores bem preparados e capacitados | - Cursos de capacitação periódicos |
| - Burocracia na entrega de medicamento p/ funcionário. | - Priorizar atendimento ao funcionário. | - Dispor de uma cota mensal por setor. |
| - Falta de respeito por parte da chefia com os funcionários. | - Valorização e auto-estima p/ os funcionários. | - Resolução de problemas com os funcionários de forma ética. |
| - Desvalorização dos profissionais | - Servidores motivados e valorizados. | - Programas e projetos que beneficiem os funcionários. |
| - Rx do ambulatório para paciente ortopédico desativado. | - Reativar o Rx do ambulatório para pacientes ortopédicos. | - Que o paciente atendido faça o Rx e retorne no mesmo horário ao médico ortopedista |
| - Profissionais de enfermagem que não desempenham seu papel. | - Enfermeiros que desempenhem seu papel sem delegar aos técnicos. | Supervisão do trabalho dos enfermeiros. |

Fonte: Oficinas de sensibilização em Humanização/2007

Antes de destacar alguns pontos a respeito dos problemas identificados no processo de humanização na Fundação Hospital Adriano Jorge, é importante frisar que as atividades de capacitação não podem ser vistas como mera tarefa tautológica de conceitos, sem germinar ou produzir efeitos que são necessários para produzir mudanças. A realidade trabalhada gerou terrenos férteis de reflexão de atitudes e mudanças necessárias devido aos momentos de vivência experimentados pelo grupo em relação aos dispositivos da PNH.

O diagnóstico situacional foi realizado em cada oficina. Cada grupo apresentava suas sínteses para discussão maior e fechamento da atividade com os facilitadores. O momento revelou problemas comuns entre os setores, entre os trabalhadores e as repercuções aos usuários atendidos na fundação. Foram identificadas propostas significativas de mudanças no processo de trabalho.

Entre os maiores problemas identificados pelos profissionais de saúde estão àqueles ligados aos recursos humanos: muitas vezes há um profundo desinteresse em trabalhar a humanização por questões mesmo de opção, por não acreditar no projeto ou pela falta de compreensão quanto os seus objetivos. Outra questão diz respeito à insatisfação dos profissionais com a estrutura de trabalho (ambiência) sendo associados a ela os maiores problemas no atendimento cotidiano do trabalho, ou seja, o trabalhador se vê impotente diante das situações, das quais não tem o poder de modificar.

A falta de planejamento e de comunicação é latente. Percebe-se que muitos profissionais atribuem os problemas relacionados ao não funcionamento da unidade à falta de reuniões de planejamento, o que demonstra uma necessidade premente de realização de atividades constantes de planejamento e acompanhamento, pois a realidade é dinâmica e, de maneira geral, as alternativas de solução de hoje não servem para amanhã, exigindo uma reflexão constante das ações.

Uma fala recorrente dos trabalhadores foi quanto ao processo de trabalho, que apareceu em quase todas as oficinas. A falta de materiais de trabalho, como medicamentos, instrumentos e peças cirúrgicas, falta de ambulância, foi bastante mencionada e apontada como um dos fatores que mais prejudicam e causam insatisfação no trabalho.

Outra situação é quanto à dificuldade de agendamento no ambulatório de consultas médicas, não só para o usuário, mas também para os familiares e funcionários, o que gera conflitos interna e externamente e grande insatisfação no usuário que repercute em muitos casos, em denúncias por parte da comunidade. A falta de comunicação também foi apontada como aspecto que necessita melhorar, pois tem prejudicado o andamento dos trabalhos e isso é percebido no dia-a-dia. Nas oficinas destaca-se na fala dos participantes uma barreira entre os trabalhadores da parte hospitalar e os do ambulatório, como se não fizessem parte da mesma instituição: os primeiros expressam a inacessibilidade nas consultas e a forma de tratamento dispensada aos colegas de trabalho. O acolhimento interno e externo

[...]é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Abbès e Massaro, 2004, p. 1).

Após a discussão a respeito do acolhimento, muito debateu-se sobre a (des) valorização do trabalhador nos serviços de saúde. Foram elencados alguns problemas variados, como: a falta de *ticket* de refeição para os funcionários, falta de capacitação. Muitos trabalhadores referem sentir-se desmotivados pelo fato de não terem prioridade em consultas ambulatoriais no espaço do hospital. Alguns depoimentos citaram exemplos de situações ocorridas com funcionários que demonstraram a falta de sensibilização quanto à saúde dos funcionários desta fundação.

As falas dos funcionários também evidenciaram a questão da falta de funcionários adequados para cada setor. Foi recorrente a reflexão de que se houvesse uma preparação mais adequada dos servidores para atuar nos setores, a probabilidade de melhor funcionamento seria maior, visto que com a alocação das pessoas para desenvolver seus respectivos

trabalhos em setores adequados ao seu potencial e respeitando as aptidões, o processo seria menos impactante na vida profissional dos servidores.

Valem destacar uma situação bastante redundante nas falas dos trabalhadores quanto a relação com os gestores, apontados muitas vezes como autoritários. Segundo os trabalhadores as chefias muitas vezes não primam pelo respeito ao funcionário, não os ouvindo nas suas necessidades, nem levando em conta o trabalho que é desenvolvido. Isso foi recorrente nas falas no momento da roda de conversa.

Dentre as situações desejadas ficou evidente em todos os aspectos revelados que o mais importante é se sentir valorizado e importante para a instituição e essa valorização vem com capacidade de reprodução de trabalho, ou seja, materiais suficientes para realizá-lo, motivação, ticket de refeição, atendimento aos familiares e respeito.

Quanto às alternativas de solução, nota-se que os servidores são bastante propositivos dominando os problemas e apontando as soluções mais viáveis, pois foram várias propostas discutidas e apresentadas, dentre as quais destacamos as que estão relacionadas à participação dos mesmos nas decisões que afetam seu cotidiano de trabalho.

A falta de participação dos servidores no processo de decisão foi registrada, sendo as reuniões periódicas tanto com o gestor quanto com os profissionais de todos os setores, apontadas como um bom caminho. As reuniões seriam oportunas no sentido de sensibilizar e incentivar os profissionais para a participação nas iniciativas de humanização e para negociação com os gestores de estratégias para mudanças operacionais.

Quanto ao processo de capacitação da PNH, entendemos que esse é um momento ímpar onde os princípios como autonomia e defesa intransigente dos direitos da pessoa humana, pelos quais defendemos enquanto categoria profissional têm sido fortemente evidenciados nos encontros entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

Em algumas oficinas as propostas evidenciavam ações muito significativas de mudanças nos modos de trabalho dos trabalhadores. Um dos grupos sugeriu que fosse reservada a piscina do setor de Fisioterapia para que os trabalhadores realizassem hidroginástica após o horário de atendimento ao

público. Outra proposta seria disponibilizar uma vez ao ano exames de rotina a todos os trabalhadores, com referência a data de aniversário, o que também foi sugerido folga para a data natalícia.

Vale ressaltar que as propostas revelam a importância de levar em conta a opinião dos trabalhadores para a melhoria dos processos de trabalho, a construção coletiva das idéias tem um valor agregado que vai muito além das propostas elaboradas verticalmente sem atingir as verdadeiras necessidades de mudanças positivas, concretas e necessárias.

Conclusões

A Política Nacional de Humanização no contexto brasileiro sugere uma série de mudanças para a concretização da saúde enquanto um direito social da população, previsto no texto constitucional de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90. Destarte, a valorização dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) leva em conta os aspectos subjetivos implicados no processo de produção de saúde.

O protagonismo dos sujeitos envolvidos na PNH torna-se relevante para o processo de democratização da saúde dentro dos princípios do SUS, quais sejam, da universalidade, eqüidade e integralidade voltados para a construção da cidadania. A proposta aqui apresentada foi uma tentativa de concretizar tais princípios nas ações e serviços realizados na Fundação Hospital Adriano Jorge, pautados por uma estratégia de incluir dispositivos que gerassem tais mudanças, especialmente apoiados no processo participativo desencadeado nas oficinas.

O coletivo foi disparado quando das reuniões e encontros para estudo, planejamento e a realização das próprias oficinas de sensibilização. A experiência mostrou a importância da participação dos trabalhadores de saúde na gestão do Sistema Único de Saúde para o sucesso das práticas voltadas também à participação do usuário do sistema, pois a participação popular é requisito para ações bem sucedidas.

Teixeira (2005) nos deixa lições importantes ao examinar a natureza íntima do vínculo no atendimento à saúde. O autor utiliza uma metáfora como recurso lingüístico para explicar como tal vínculo é construído no acolhimento com os usuários do

sistema de saúde que gostaríamos de destacar.

A metáfora é descrita como um encontro de dois corpos sob a situação de “paquera”. Ele explica que no primeiro encontro ocorre uma paixão que pode ser aumentada de acordo com a convicção de que o outro nos convém, o que pode ser prolongado com outras aproximações. Nos primeiros encontros os “enamorados” tendem a explorar o que têm em comum, o que o autor conceitua como “zona de comunidade”. No caso da relação entre usuário e profissional de saúde, essa “zona de comunidade” é parcial uma vez que uma das partes está em busca de satisfação de uma necessidade, enquanto o outro presume deter os meios de satisfazê-la. No entanto essa zona é apenas o primeiro patamar de uma relação consistente, e o mais fácil dará força para conhecer o que é mais difícil, ou seja, a “zona de singularidade”, o que para ele é exatamente o reconhecimento no outro daquilo que não nos convém.

O autor explica que o sucesso dos encontros pode gerar resultados afetivos que podem ser aumentados e dar consistência ao vínculo, o que chama de “afetos de confiança” - pressupõem respeito, afeto e admiração.

Partindo de nossas experiências e voltando-nos para a realidade de nossas práticas, podemos afirmar que há uma prevalência da “zona de singularidade” muito mais que de “zona de comunidade”, pois muitos profissionais de saúde não estão preparados para o reconhecimento desses aspectos, pois há falta de sensibilidade em perceber o ponto em comum com o outro ou se, pelo menos, essa possibilidade existe levando em conta o usuário dos serviços de saúde. Essa questão passa pela visão do “poder simbólico” e do saber profissional circunscrito e enclausurado nos meandros das instituições de saúde.

Geralmente o “que nos convém” no usuário, nos dizeres de Teixeira, é justamente o afastamento, a distância que não possibilita a conversa, o encontro, às vezes a presença do outro não “nos convém”, não há interesse bilateral justamente pela assimetria das relações desencadeadas pela burocracia das instituições, que ainda é prevalecente nas instituições de saúde apesar dos princípios que regem a PNH.

O Grupo de Trabalho em Humanização tem sido um instrumento de mudanças e tem se constitu-

ído num espaço de encontro de subjetividades e de reflexão das ações de saúde desenvolvidas nos espaços do hospital Adriano Jorge. Cada encontro é um momento de descoberta, de reflexão, revisão de conceitos e posturas que estão arraigadas nos profissionais de saúde e tidas como certas e verdadeiras. A socialização de saberes, a troca de experiência tem sido possibilitada pela escuta das opiniões, das vivências diárias de cada membro trazidas para o debate de forma dialogada e aberta. Tais reflexões se transformam em novas atitudes perante os colegas de trabalho e os usuários.

A proposta evidenciou que com força de vontade, empenho e dedicação, é possível sermos exemplos práticos de um “SUS que dá certo”, mais que isso, do SUS que não se divide em dois: um que não dá tão certo e outro que dá certo; do SUS que tem dificuldades e limitações, mas que é importante para milhões de brasileiros que dele necessitam; que concentra os mais bem preparados profissionais de saúde do país; que busca a universalidade do acesso e a integralidade do atendimento como princípios norteadores e como objetivos perseguidos no dia-a-dia de pessoas que se dedicam todos os dias para salvar vidas e para produzir mais do que saúde, para produzir sujeitos autônomos e de direitos.

Referências

- BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde . Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*. 2. ed. revisada e 1 reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 20: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DAVINI, M. C. *Do processo de aprender ao de ensinar*. Brasília, 1983. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pubo4U2T6.pdf. Acesso em: 19 maio 2006.

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

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 22/10/2011