



Boletim do Instituto de Saúde

nº 39 - Agosto de 2006

ISSN 1518-1812 / On line: 1809-7529



Humanização em Saúde III

BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 39 – Agosto de 2006
ISSN 1518-1812 / On line 1809-7529

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
CEP: 01314-000 – São Paulo/SP
Contato: editora@isaude.sp.gov.br
Site: www.isaude.sp.gov.br

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos de Saúde
Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa

Diretor do Instituto de Saúde
Alexandre Domingues Grangeiro

Expediente:

Editoras: Cleusa Maria Gomes de Abreu e Sonia Isoyama Venâncio

Comissão Editorial: Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Sandra M. Tavares Greger; Silvia Bastos.

Colaboradores: Ana Bersusa; Cecília Miranda; Cláudia Medeiros; Cristina Rossi de Almeida Alonso; Elza Lobo; Izabel Mazina; José Carlos Seixas; Miriam Chanaiderman; Mirsa Elizabeth Dellosi; Mônica Carvalho; Neil José Sorge Boaretti; Nelson Figueira Junior; Paulo Seixas; Paulo Fortes; Raquel Teixeira; Teresa Peixoto.

Revisão Bibliográfica: Carmen C. Paulenas

Revisão de Texto: Fernando Fulanetti e Marcelo Rouanet

Apoio Logístico: Assessoria de Comunicação – IS

Responsável Administrativa: Vânia Feres

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS

Editoração: Assessoria de Comunicação da SES/SP

Capa: Michelângelo (montagem com imagens da Capela Sistina, Roma/Itália).

CTP, Impressão e Acabamento: Rettec, artes gráficas.

É autorizada a reprodução total ou parcial do conteúdo desta edição, desde que mantidos os créditos e as instituições autoras.



SECRETARIA
DA SAÚDE



Sumário

❖ Editorial.....	5
❖ Ética, Cidadania e Humanização.....	7
❖ Seminário Ética e Cidadania.....	9
❖ Humanização e Práticas Gerenciais: participação da sociedade civil.....	12
❖ Diversidades na Sociedade Contemporânea: a história do vídeo “Isso, Aquilo e Aquilo Outro”.....	14
❖ Atenção Humanizada ao Parto.....	16
❖ Socialização e Comunicação no Ambiente de Trabalho.....	18
❖ A Ouvidoria de Saúde e a Contribuição para a Humanização da Assistência à Saúde.....	21
❖ Experiências de Gestão e Humanização Loco-Regional	23
❖ Humanização da Assistência ao Recém-Nascido.....	26
❖ Residências Terapêuticas: um desafio à Saúde Mental.....	28
❖ Humanização e seus Desafios no Cotidiano.....	30
❖ Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	32
❖ Programa Jovens Acolhedores.....	34
❖ Conte Comigo: um instrumento de gestão para atendimento ao cidadão.....	36

Por ocasião do II Encontro Temático de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), onde se abordou temas contemporâneos e fundamentais para o processo de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde, foram apresentadas produções valiosas dos profissionais da SES que, a partir de práticas cotidianas, acumularam saberes, produzindo novos conhecimentos significativos para o tema em questão. Este número especial do **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)** registra tais contribuições e reflexões dos conferencistas convidados, além de outros textos de interesse para os profissionais de saúde.

As ações de Humanização, desta Secretaria, estão em consonância com a Política Nacional de Humanização, tendo como finalidade a melhoria na qualidade da atenção e gestão da saúde, priorizando oferecer um serviço acolhedor e com resolutividade, contribuindo, assim, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, entendemos a Humanização como uma política transversal que perpassa todas as instâncias da Saúde, buscando uma valorização da dimensão subjetiva e social dos profissionais e usuários presentes na concretude das práticas cotidianas. Desta forma, a Humanização é a recuperação do sentido humano nas relações e no trabalho desenvolvido nos serviços de saúde, entendendo o humano na sua dimensão mais complexa, ao envolver aspectos éticos, estéticos e políticos.

A Humanização, a partir de diretrizes e princípios, interroga as práticas cotidianas, valorizando e envolvendo todos os atores, impondo um novo desafio para transformação das práticas de saúde e da cultura institucional na perspectiva do SUS.

Neste contexto desenvolvemos diferentes estratégias para o fomento da Humanização, destacando-se, em 2005, a “Formação dos Profissionais em Educação em Saúde e Humanização”, oferecendo subsídios e tecnologias capazes de dar apoio e sustentação às ações efetivadas.

A Coordenadoria de Recursos Humanos e a Coordenadoria de Serviços de Saúde realizaram, em 42 Hospitais, o “Curso Teórico/Prático de Humanização

na Área da Saúde – Conceito e Estratégias para a Ação”, com o objetivo de formar e reestruturar as Comissões de Humanização destes hospitais. Essas comissões têm como atribuições: diagnosticar as situações de violência das práticas de saúde, propor soluções, articular ações, ampliando assim as perspectivas da Humanização na atenção e na gestão da saúde, valorizando parceiros, trocando experiências e investindo na produção de saberes coletivos como os abordados em diferentes textos desta revista.

Como avaliação deste curso, foi possível observar um resgate e fortalecimento das Comissões de Humanização dos hospitais. Em 2005, foram realizadas 21 Oficinas Regionais de Saúde para 24 Regionais do Estado de São Paulo, distribuídas em três macro-regiões: São Paulo, Marília e Ribeirão Preto. Estas oficinas foram elaboradas em parceria com a Coordenadoria de Regionais de Saúde e tiveram como finalidade a formação de Comissões de Humanização nas Regionais para atuarem junto aos seus municípios na perspectiva da construção de uma nova lógica da organização da assistência em saúde, subsidiadas por valores e princípios da Humanização. Alguns dos resultados destas Oficinas são relatados nesta revista.

Desta maneira, temos incentivado, a partir das diferentes estratégias de ação, a construção de uma rede de saúde mais interessante, estimulando o trabalho coletivo, a interlocução permanente entre todos os atores, potencializando a criatividade dos profissionais e fortalecendo uma rede que não se acostuma com as rotinas institucionais, mas faz de cada encontro um lugar de reflexão e acontecimento sobre os processos de saúde e doença, garantindo um atendimento mais efetivo e afetivo em que cada pessoa se movimenta na recuperação da própria vida, desdobrando novas possibilidades vitais nos diferentes encontros.

¹ Coordenador do Comitê de Humanização e da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: pseixas@saude.sp.gov.br

² Psicanalista e Membro do Comitê de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cleusabreu@yahoo.com.br

Ética, Cidadania e Humanização

Paulo Antonio de Carvalho Fortes¹

Pode-se entender a Ética como um instrumento social para que os homens possam conviver bem e de forma justa. Ela nos fala de valores e princípios que devem orientar nossas ações para que vivamos em harmonia entre nós, seres humanos, e junto aos outros seres vivos e à natureza.

Ao se falar de humanização dos serviços de saúde, estamos querendo que neles haja uma boa e justa convivência entre todos os atores sociais ali envolvidos: usuários, profissionais de saúde, trabalhadores que atuam em áreas técnicas e administrativas, gerentes de serviços e a própria comunidade. Assim, necessitamos um referencial ético adequado ao nosso propósito.

Há, no entanto, serviços de saúde que têm características específicas que devem ser levadas em conta. São instituições que, na maioria das vezes, com exceção de serviços de maternidade e de procedimentos de conforto ou estético, lidam com a 'doença'.

A doença nos faz conviver, conforme bem nos ensina o bioeticista Leo Pessini (1999), com vários de nossos medos: o medo da morte, o medo de estar só, o medo da dependência de outros, o medo de perder a consciência e a vontade própria e, ainda, o medo do desconhecido. Mas, infelizmente, estes medos também convivem, na atual organização dos serviços de saúde, com algumas condições que lhes favorecem: a impessoalidade, a visão não integral da pessoa e a despersonalização dos atendimentos, a fragmentação do atendimento, a tecnificação dos atos e a superespecialização.

Por isso, ao se falar em propostas de humanização para os serviços de saúde, quer estes sejam unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, serviços de pronto-atendimento ou estabelecimentos hospitalares, torna-se necessária a reflexão sobre a transformação cultural da gestão e das práticas de saúde, de forma que se assuma uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento ao desconhecido, de olhar holístico sobre as pessoas envolvidas e de atenuação dos medos existentes. Isto requer o envolvimento dos diferentes trabalhadores que atuam em todos os níveis de atendimento, do primeiro contato à gerência.

Na peculiaridade dos serviços públicos de saúde brasileiros, humanizar os serviços pressupõe considerar toda pessoa como um fim em si mesma, a partir de um valor ético-social a ser realmente defendido e garantido. Significa também, reconhecer as pessoas que buscam os serviços de saúde como cidadãos e cidadãs com direitos estabelecidos.

Nossa Constituição afirma que todos os brasileiros têm direito ao acesso a serviços de saúde. Porém, como acreditar na eficácia desse direito, quando se verifica a existência de

extensas filas nos serviços de emergência, a falta de serviços especializados, ou mesmo a necessidade do indevido e ilegal "pagamento por fora" nos serviços de saúde privados credenciados ao Sistema Único de Saúde, para se poder realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos?

A reflexão sobre humanização dos serviços de saúde confunde-se historicamente com a luta por direitos dos pacientes. Nas últimas décadas, no bojo da ampliação internacional e nacional da conquista de liberdades e direitos civis, expandiu-se a noção de que os pacientes, sendo agentes livres e autônomos para decidirem sobre os atos praticados em sua integridade física e psíquica, não poderiam ser tratados como seres passivos em suas relações com os profissionais e estabelecimentos de saúde.

Assim, para se viabilizar o direito dos pacientes é necessário serem aprimoradas as relações humanas dentro dos serviços de saúde, em um processo permanente de mudança cultural, que minimize tendências paternalistas ou autoritárias que tendem a desprestigiar os diversos atores sociais envolvidos.

Contudo, para se humanizar os serviços de saúde é imprescindível cuidar daqueles que se dedicam à tarefa de cuidar. Sabemos que a situação atual de boa parcela dos trabalhadores de saúde também pode ser vista como sendo desumanizada, pois muitos se encontram em situação difícil para o exercício correto de suas profissões. Desmotivados, trabalhando em dois, três ou mais empregos, estão sob uma condição que os leva à falta de vínculo adequado com seus serviços e clientela, facilitando a desumanização nas relações profissionais e pacientes/usuários.

Com baixos salários e com número excessivo de atendimentos, egressos de um sistema educacional deficitário que leva a uma formação inadequada para o atendimento das necessidades da clientela, infelizmente os trabalhadores de saúde contribuem para a massificação e a despersonalização nas relações com os pacientes, deixando de lado os valores e princípios éticos que deveriam fundamentar as relações humanas existentes nos serviços que têm como função primordial a satisfação de necessidades que envolvem todos os medos que anteriormente expusemos.

Assim, ao se refletir sobre políticas e ações de humanização dos serviços de saúde, é preciso aliar eficiência técnica, científica, de gestão e ética.

¹ Médico Pediatra, Sanitarista, Professor Associado e Livre Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: pacfusp@usp.br

Torna-se necessário, então, a clareza das políticas institucionais e dos processos de gestão, assim como novas concepções de modelo assistencial, remanejamento de estrutura física dos estabelecimentos, mudança em diversos aspectos qualitativos e quantitativos dos recursos humanos e integração entre os diversos níveis de atenção.

Quanto ao referencial ético para as ações, entendemos que se deva valorizar:

- a dignidade de todos os sujeitos envolvidos na atenção à saúde;
- os componentes biológicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais de toda pessoa;
- o respeito e o estímulo à manifestação da autonomia das pessoas;
- a promoção do bem-estar, sem preconceitos de origem, raça, sexo, idade ou quaisquer outras formas de discriminação;
- a promoção de vínculo e responsabilização;
- a promoção de ações justas e equitativas.

Finalizando estes breves comentários sobre o tema, entendemos que para se garantir o respeito à cidadania nos serviços de saúde, se torna necessário estimular o potencial das organizações prestadoras de serviços de saúde dentro de uma linha ético-filosófica que priorize a qualidade na oferta de serviços e nas relações humanas, possibilitando resultados que demonstrem a valorização de cada ser humano em todas as práticas de atenção e gestão.

Seminário Ética e Cidadania

José Carlos Seixas²

Eu me perguntei, por quê me puseram nessa?

Acharem que eu pudesse falar aqui, em termos de Direito? ... é realmente uma expectativa impossível, na minha cabeça, mas possível na cabeça de outros. Tanto que me convidaram...

A exposição do Professor Paulo Fortes, que me antecedeu, deixou toda uma conceituação, uma instrumentalização da ética etc.

Vou tentar mostrar, somente, como vejo essa questão, mais no aspecto afetivo-emocional que erudito; a meu modo, na esperança de alertar de como estas palavras mágicas do momento, "Cidadania" e "Ética", são importantes no processo de humanização.

Se nos perguntarmos o que é "cidadania", creio ser uma complicação que não tem tamanho. Me dei ao trabalho de andar lendo e... me perdi. Agora, formei um juízo, como valores meus, a partir do pensar e do dizer que isso era apenas um modismo terminológico.

Mas, sabia e sei que, além de ser moda, virou lei, virou conduta, virou obrigação e obrigação a ser cumprida. Por que?

Porque aparece na Constituição Brasileira. Constituição que é um condicionante de relacionamentos necessários para o convívio harmonioso e feliz de nós brasileiros. Está previsto na Constituição Brasileira, no seu Título I – dos princípios fundamentais, o seguinte: estabelecendo que o Brasil se constitui como um "estado democrático de direito", tem como fundamentos:

Primeiro: a "soberania", (que quer dizer, que é um "Estado" que se rege por ele mesmo e não aceita intromissão de outros "estados". Um significado síntese para soberania). E é um dispositivo essencial para vida da nação, enquanto conjunto de povos num determinado espaço territorial.

O segundo fundamento da Constituição é a "Cidadania". Vamos fazer um teste? Não precisa ser respondido alto, mas pergunto: como cada um de vocês pensa o que significa isto? O que quer dizer este fundamento da Constituição?

O terceiro fundamento é "a dignidade da pessoa humana". E se eu me perguntar, eu sei o que isso significa?

Eu acho que todos nós sabemos dizer: "Este eu domino! Deste eu entendo". É o que afirma o valor intrínscio, fundamental, acima de qualquer coisa, de cada um e de todos nós, independente das peculiares condições de vida, de cada um, diante da nossa igualdade essencial, nós, seres humanos, temos uma dignidade, uma importância impar. O que nos obriga a sermos justos e solidários, em liberdade, uns com os outros. Não é isso?

O quarto fundamento compõe-se dos "valores sociais

do trabalho e da livre iniciativa". Interessante. Pouca gente lembra disso, mas está na Constituição. O trabalho é fundamento para uma condição de relações humanas adequada, entre valores sociais, para o bom convívio do conjunto das pessoas. E, também, a "livre iniciativa" (Que não se confunda com capitalismo, pelo amor de Deus! Tem gente que fala que uma coisa é sinônimo de outra. Burrice escrachada.). A "livre iniciativa" que está na constituição é a liberdade para a criatividade e para o processo produtivo, econômico, de bens e serviços. Capitalismo é uma forma econômica de desenvolver a economia, que diz, também, que se alicerça na "livre iniciativa", mas não é sinônimo da mesma.

E, o quinto fundamento, o "pluralismo político", que todos sabem o que significa (e sabem que ele explicita a rejeição desta aberração do "partido único" em uma democracia. A democracia busca ser única, conformada pelos contraditórios e pelas concordâncias de várias e diferentes partes, de vários partidos). "Pluralismo político" significa um processo de mobilização e representatividade do poder que emana do povo, para conferir poder aos governantes.

Bom, estas coisas eu sei! Mas e a Cidadania, eu sei com precisão o que é? Não sei se vocês perceberam que o professor Paulo tentou definir, não é? Ele diz que cidadão é aquele "sujeito de direitos", não é? Quem entende de justiça e direito é ele, não sou eu.

Quando eu penso o que é isto - "sujeito de direitos" - eu não estou apenas substituindo um substantivo por uma expressão sinônima, e continuo não entendendo bem seu significado? O que é "sujeito de direitos"?

Bom, vou tentar sair da simples substituição de sinônimo. Não vou querer que vocês concordem comigo. Estou apenas insistindo que é bom que vocês se esclareçam. Principalmente para ter paz interior e não ficar repetindo como um "papagaio" uma palavra da moda que aí, acaba não servindo para coisa nenhuma.

O que que é ter, como fundamento da vida em comum nesta nação, a Cidadania? Eu vou dar uma simplificada, que eu uso para mim, não sei se é verdade e se é toda a verdade a respeito: é o reconhecimento de que eu, cidadão, pessoa humana, que vive e convive com outros cidadãos na "cidade", em conjunto, em comunidade, posso e devo buscar direitos nesta sociedade. Na nossa Constituição, na frase anterior a dos fundamentos, lá no mesmo capítulo diz que, é para se ter um "estado democrático de direito". Que diabo é isso? Eu posso e devo lutar por "direitos". E a coisa

¹ Professor Doutor em Medicina Sanitária e Assessor de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

mais importante do nosso regime é ser um “Estado de Direitos”. E aí eu vou me intrrometer mais nessa área complexa do Direito e da Justiça.

Para mim, direito é uma coisa muito simples. Direitos são necessidades e/ou interesses que são, primeiro, legítimos perante a mim mesmo e perante aos outros. Então, não é direito eu estar matando os outros, se não por outra coisa, porque o outro, não acha que isso possa ser um direito dele e muito menos meu. Então, direitos são necessidades e interesses legitimados pela sociedade. E é por isso que eu tenho, nesse país a possibilidade e o reconhecimento de lutar para conseguir a concretização, o usufruto de direitos já instituídos e, de novos a serem instituídos. Quais? Os meus, os que eu quero, mas de maneira que sejam legitimados pelos outros, que os outros reconheçam como válidos.

Vejam. A Constituição, de repente, já reconhece alguns direitos. Como os da saúde. O que significou isso? “Direitos da saúde”! Se pararmos para pensar, pouca gente sabe bem o que é isso! Qual o significado intrínseco dos direitos à saúde: são necessidades de usufruir de saúde e de serviços de saúde e são também, interesses de realizar serviços de saúde.

Quando a Constituição fala que o direito à saúde é de todos e é dever do Estado, não se trata só de desejos. Está falando dos necessitados, dos doentes e de vocês todos, profissionais de saúde que sobrevivem prestando estes serviços.

Assim, “direito”, para mim, é esta coisa simples: necessidades e interesses legitimados, reconhecidos como bons e importantes para o convívio de todos nós. Com um detalhe a mais: ele não é só isto. Para se tornarem “um direito”, as necessidades e interesses, reconhecidos como legítimos, têm que estar legalizados, têm que ser reconhecidos pelo Estado, pelo poder público, como alguma coisa que sempre o Estado tem que assumir a responsabilidade de que eles possam ser defendidos e usufruídos.

E para ficar claro: eu posso querer ir à lua. É uma necessidade minha (enquanto astronauta maluco). Não posso? Agora, para esta necessidade, que é possível, um monte de gente pode dizer assim: pode ir... acho que sim... eu também gostaria. Está legitimado. Mas é um “direito” eu ir à lua? Não, não é. Se eu for, por minha própria conta e não ferindo “direitos” de terceiros, tudo bem. Todo mundo fica contente, satisfeito, aplaude... Mas ninguém está obrigado a verificar se essa necessidade está sendo satisfeita ou não. Há desejos, aspirações, possíveis e legítimas, que não se constituem em direitos. Mas, há desejos, aspirações, necessidades que se transformaram em “direitos”, “civis” ou “direitos sociais”. Todos os “direitos”, necessidades e interesses, legítimos e legalizados exigem gastos do poder público para garanti-los e, também, para viabilizá-los. Há direitos com gastos, apenas para torná-los possíveis e assegurados, para que não haja fatores impeditivos para a sua satisfação. Porém, os gastos para usufruí-los correm por conta de gastos dos usuários, assim por exemplo: o direito da livre circulação pelo território nacional, o direito da livre manifestação de idéias e ideias etc. Estão, entre estes, os direitos chamados “civis”.

Mas há direitos que para a satisfação das necessidades e o atendimento dos interesses exigem gastos muito elevados que não podem correr por conta, direta e imediata,

de muitos usufrutuários, exigindo, obrigando a disponibilização de recursos financeiros do poder público, contribuições diferenciadas que viabilizam que todos possam a vir se beneficiar, independentemente dos seus valores de contribuições pessoais e imediatas; para a felicidade dos necessitados sem posses e para a maior tranquilidade de toda a coletividade. São os direitos sociais.

Então o que que é a cidadania para mim? É este poder. É este fundamento de que eu posso lutar por direitos para obtê-los e lutar para garanti-los. Em benefício de quem? Meu próprio, com certeza. Mas se é um direito e se é uma condição de cidadania, não é só para mim, mas para todos os cidadãos. Ficou claro? Então veja: e o que tem que ver isso com humanização?

Será que a humanização, eu posso imaginar que seja uma questão de cidadania e que nós devemos nos dedicar a isso? Vejam: quando eu digo que tenho “direito à saúde”, já é coisa resolvida?

Primeiro, nenhum “direito” é coisa resolvida. Pode ser que a etapa da legitimação esteja atendida e a legalidade esteja alcançada. Entretanto, entre o reconhecimento legal e o exercício de fato do direito, vai uma enorme distância.

Portanto, a cidadania é uma atitude constante de tornar possível o direito. Especialmente, numa área como a da saúde que não se estabiliza e se esgota, que está sempre acrescentando algo a mais, e, não poucas vezes, com muito ônus.

Então, isso tem que ver com humanização? Tem, porque na saúde eu não tenho que só garantir a chapa de raio X, eu tenho que garantir um bom tratamento relacional (que não é espontâneo e fácil, por ser assimétrico pois, na saúde, temos um problema sério, a doença fragiliza o doente, usuário, cliente, que tem que se relacionar com profissionais de saúde, que não devem estar exercendo seus papéis aparentemente fragilizados, antes pelo contrário, aparentando sabedoria, e segurança).

Portanto, para eu ter um atendimento adequado em saúde, dos profissionais da saúde, dos que têm a salvaguarda dos governos, do Estado, para sobreviverem com seu trabalho, na área da saúde, eu tenho que receber deles um atendimento não “coisificado”, mas “humanizado”.

O direito à satisfação da necessidade de saúde é uma das coisas que precisam ser feitas, atendidas, quer nas suas partes técnicas, quer nas suas partes relacionais humanas. Como, porém, a “coisificação” no atendimento, em geral, não é uma maldade feita propositalmente, e nem eventualmente, há que se ter um empenho permanente, de cidadania, por parte de prestadores e usuários de saúde, para que haja um atendimento humanizado. Só, assim, o “direito à saúde”, estará plenamente atendido.

Com isso, esgoto o que eu sei de cidadania neste campo do direito a saúde. É um problema de vida em sociedade que deve nos animar e, também, deixar-nos constantemente preocupados. Sabendo que essa preocupação vai até ao nível dos responsáveis governamentais do Ministério da Saúde, para, por exemplo, conseguir dinheiro. Porque? De repente está tudo resolvido, mas não tem dinheiro. Daí, não adianta ter a legitimidade, a legalidade e não se conseguir operar, pôr em operação, fazer acontecer.

É preciso estar constantemente lutando, especialmen-

te pelo “dinheiro” capaz de viabilizar o direito, os direitos dos cidadãos. E como o dinheiro não nasce na horta de ninguém, temos dificuldades em conseguir esse recurso. Porque existe sempre disputa por dinheiro para outros direitos. Portanto, se eu bobear na luta pelo meu, pelo nosso direito à saúde, podemos ficar absolutamente nus. Porque o dinheiro foi todo para o direito à educação... E não vá se dizer que não é um bom direito!

E vejam: acho que até a nossa Justiça anda se comportando mal, no meu entendimento. Porque, quando você tem um conjunto de direitos, você pode ter o conflito de direitos. E uma das coisas imprescindíveis é você buscar a harmonia dos direitos.

Qual é o grande problema? Eu tenho que, como setor público, gastar com atendimento à saúde de todos. Está direito. Mas, eu posso mexer com o dinheiro público ao meu bel prazer? Ou de acordo com a cabeça de um juiz, que diz: Paga tal... paga isto e aquilo... ?

Existem regras para gastar, para se gastar no Estado, em um Estado de direito. O dinheiro público deve ser gasto, segundo programação e orçamentos feitos, aprovados e liberados, segundo regras de direito constitucional, para que o dinheiro seja gasto nisso ou naquilo. O que não significa que não tenha que ter juiz, também, brigando para se ter mais dinheiro na saúde. Mas é um pouco absurdo ficarmos a ouvir “paga ou eu te prendo”. Porque se eu não tinha previsibilidade, eu não posso pagar!

Então tem aí todo um problema sério no estabelecimento do Estado de direito em que vivemos e onde saúde virou um direito social, de cada um e de todos.

Bom, isto tem haver com humanização? Tem.

Bem, e a Ética? Lembrando das falas do professor Paulo Fortes, vou só dizer umas poucas palavras. Vou dar uma simplificada, num minuto.

Ética é tudo aquilo de que o professor falou, mas, para mim, tem uma coisa fundamental: ética é um conjunto de valores relacionais, de valores que devem presidir as relações humanas, e que eu adoto conforme as circunstâncias da relação humana, e que são mais importantes do que os direitos, inclusive constitucionais. Porque eu sou dos antigos que diz: Ética não é a mesma coisa que lei, nem que moral. É alguma coisa que ultrapassa isso. E ultrapassa em que medida? São valores de tal importância que, se necessário for, tenho até que sacrificar legítimos direitos pessoais, meus, para não deixar, para não desrespeitar determinados valores relacionais, promotores e estabilizadores de uma vida humana, em sociedade, harmoniosa e feliz. Não desrespeitar valores éticos, portanto, não é uma coisa ruim, muito pelo contrário. Mas, circunstancialmente, os valores de natureza ética podem exigir sacrifícios momentâneos. É por isto que, na humanização, é muito importante ter a noção da ética como algo maior do que meros direitos.

E vou exemplificar e acabar. Eu sou funcionário e eu tenho o meu doente. Eu sou ser humano e ele é ser humano. E eu estou com o “saco cheio” do meu chefe, ou de um parente meu... E aí eu tenho direito de não querer sublimar tudo isso, ou, por isso só na minha conta com o Deus Eterno. Eu quero “soltar os cachorros”, pelo menos “vou descarregar” para não ficar neurótico...

Quem trabalha em saúde e tem ética, não tem o direito de descarregar com o paciente. E é evidente, com isto, que este profissional, “que se contem”, fica sacrificado. É, por isso que o programa de humanização tem que estar incentivando, ao mesmo tempo, um comportamento relacional ético, exigindo, até mesmo sacrifícios pessoais dos prestadores, mas encontrando as válvulas para que tais constrangimentos tenham um lugar certo para descarregar, que não seja em cima e em frente ao paciente.

Um bom programa de humanização tem que prevê uma modernidade nas relações de trabalho, para que estas relações de trabalho, quando atritadas, não recaiam em cima do atendimento ao paciente, fragilizado. E isto é uma coisa específica do setor saúde.

Tinha um velho professor meu que dizia assim: cada profissão tem uma ética e, se você não gostar da sua, mude de profissão. Tem umas que são simples, tem outras que são muito difíceis. E a “ética médica”, a “ética da assistência à saúde”, são muito difíceis. A ética do trabalho em saúde é muito difícil, se quisermos humanizar. Temos que ter uma ética no exercício da profissão de saúde. Antigamente, como só tinha um paciente e um médico, era só tratar da ética médica. Só que hoje não existe mais este cuidado. É de toda uma equipe. Do porteiro ao diretor do hospital. Todos têm que pensar numa ética especial no atendimento à saúde.

Muito Obrigado!

Humanização e Práticas Gerenciais: participação da sociedade civil

Tereza Cristina Peixoto¹

Introdução

Este artigo pretende refletir sobre o modelo de gestão hegemônico nos serviços de saúde e sua ineficácia, a partir das experiências de novos modelos gestores apresentadas na mesa-redonda “Humanização e Práticas Gerenciais: Participação da Sociedade Civil”, que aconteceu durante o II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, relatadas por José Bitu Moreno, do Hospital Regional de Assis, Loiton Augusto S. Salvini (DIR XXII - São José do Rio Preto) e Luiz Henrique F. Valenta (DIR VI - Araçatuba).

Foram discutidas experiências exitosas de projetos gerenciais que buscam qualidade no trabalho priorizando a participação de trabalhadores e usuários, a integração entre estes atores e articulação ao processo de Educação permanente.

Neste texto, busca-se salientar a inseparabilidade entre modelo de gestão e modelo de atenção à saúde e a necessidade de construção de um modelo gestor que possibilite articulação entre os atores envolvidos na produção de saúde e que amplie a participação de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços públicos para promover a qualidade e eficácia na atenção à saúde.

Humanização, Gestão e Participação

Evidenciou-se nestas apresentações a preocupação dos dirigentes com novos modelos de atenção que incluam aspectos fundamentais para a eficácia dos serviços públicos de saúde, construídos de acordo com as realidades e características locais. Também foram colocados pontos relevantes para a implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, quais sejam: o incremento da gestão participativa através da criação de espaços coletivos, reuniões, trabalho em equipe interdisciplinar, discussão e avaliação contínuas do processo de trabalho para estabelecimento de melhorias, socialização de informações, articulação com instituições formadoras e com o processo de educação permanente para os trabalhadores.

Percebemos, durante os assuntos discutidos e conclusões alcançadas neste evento, a afirmação de vários princípios da Política Nacional de Humanização, como o que se refere à inseparabilidade entre gestão e atenção à saúde; portanto, a mudança no modelo de gestão transforma o modelo de atenção. Disto surgem duas questões: “O que queremos mudar?” e “Que forma de gestão é esta que tem causado insatisfação e baixa resolubilidade nos serviços públicos de saúde?”.

Nas oficinas de Humanização promovidas pela Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais, o tema Humaniza-

ção nos serviços de saúde gera um constante questionamento e uma “fala” que é redundante e simplista, pois tanto a gestão quanto a atenção à saúde se dão sempre entre humanos. Entretanto, suscita uma provocação interessante: “Será que predominantemente a gestão e a atenção têm considerado de fato os seres humanos envolvidos nestas ações ou será que mais se parecem com relações entre máquinas, programadas para cumprir, sem diálogo, não requerem envolvimento e conhecimento de realidades/contextos diversos?”.

Ora, sabe-se que, em sua maioria, os profissionais que trabalham na área da Saúde gostam do que fazem e se dedicam profundamente. E alguns até trazem de suas casas materiais de trabalho que faltam nos serviços ou que os adquiriram com recursos próprios. Entretanto, estas ações isoladas, não impactam numa mudança necessária nestes serviços, pois podem contribuir para a manutenção da situação de sucateamento em que se encontra. É necessário, pois, rever as posturas, os comportamentos de todos os atores destes serviços.

É fácil observar, como é bem divulgado, a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação entre os setores de um mesmo serviço, entre as diversas categorias profissionais, entre a comunidade usuária e os profissionais e entre os gestores e estes. Tudo isso produz uma falta de visão sistêmica do trabalho, a perda da finalidade principal das ações e a falta de autonomia (comprometida com o social) de trabalhadores e usuários. Este cenário, sem a efetiva participação social e organização coletiva, contribui para o predomínio de interesses particulares e partidários nos serviços públicos de saúde, desviando-os dos interesses coletivos.

O modelo de gestão hegemônico é herança do taylorismo e do modelo gestor tecnoburocrático. Segundo Chanlat (2002), o modelo taylorista (Taylor, 1911) caracteriza-se pela divisão muito fragmentada do trabalho, produção sob premência do tempo, tarefas repetitivas, direito de expressão muito reduzido, divisão entre os que concebem e os que executam o trabalho, com um sistema de controle dos trabalhadores altamente elaborado.

O modelo de gestão tecnoburocrático surgiu quase no mesmo período do taylorismo e foi descrito por Weber (1971). Manifestou-se, inicialmente, na esfera estatal, para depois se estender para outras organizações de maior ou menor porte. Este modelo “caracteriza-se por pirâmide hierárquica desenvolvida, divisão do trabalho parcelada,

¹ Pós-graduada em Saúde Mental e Trabalho, especialista em Psicologia Hospitalar e em Consultoria Organizacional, Membro da Equipe Técnica responsável pela implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Docente da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Consultora do SEBRAE da Pr-Saúde. Contato: terezapeixoto@ig.com.br

regulamentação escrita onipresente, grande importância conferida aos especialistas e técnicos, controles muito sofisticados, comunicação difícil entre os escalões da empresa, centralização do poder, autonomia relativamente fraca para os patamares inferiores e um direito de expressão muito limitado” (CHANLAT, 2002).

Os modelos citados aumentaram a produtividade na esfera industrial, mas trouxeram doenças no trabalho e grandes dificuldades gerenciais, como o absenteísmo, falhas intensas na comunicação, desmotivação no trabalho, transgressão às normas, dentre outros; problemas que comprometeram a qualidade e eficácia no trabalho. Isso ocorreu no setor industrial. E no setor Saúde, que é bem diferente deste? Neste último, como afirma Merhy (2005), primeiramente tem-se como característica que o trabalho é produzido no mesmo momento em que é consumido e o produto do trabalho é indissociável do processo que o produz. Em segundo lugar, o usuário é parte integrante desta realização, ele recebe a ação e é agente dela.

A terceira questão a se considerar são os saberes do trabalhador, sua experiência, seu preparo, disposição para interagir, os quais são imprescindíveis para a construção da relação com o usuário que deve ser ouvido, compreendido e estimulado a ser ativo no processo de seu tratamento; esta interação é fundamental para a realização eficaz do trabalho. Por último, o trabalho em Saúde é coletivo, envolve vários setores e, entendendo-se saúde humana em sua integralidade, é necessária a ação conjunta de várias categorias profissionais bem integradas e articuladas e outras instituições, como as das áreas de Educação, Ação Social etc. para a efetiva resolubilidade dos problemas apresentados pelos usuários.

Sendo assim, o trabalho na área da Saúde requer primordialmente uma melhoria nos inter-relacionamentos humanos, excluindo-se aqui o pacifismo simplista de discursos manipuladores e propagandistas.

É necessária uma gestão do trabalho que apóie espaços de aprendizado, estimule reflexões críticas sobre seus processos, articulação de conhecimentos adquiridos com a prática cotidiana com os teóricos, avaliação dos serviços e que amplie a informação e participação de profissionais e usuários. Espaços estes que devem ser dinâmicos e vivos, administrando suas disputas e conflitos de interesses entre os diferentes atores sociais, mas focado primordialmente na finalidade principal do trabalho em saúde. Campos (2006) afirma que uma das principais finalidades da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social, realçando a importância da vida enquanto critério de julgamento para as ações humanas.

Desta forma, estamos falando de um modelo de gestão humanizado, que, sem dúvida nenhuma, proporciona atenção Humanizada com respeito à singularidade das pessoas e acolhimento resolutivo à saúde.

Considerações Finais

Como consideração final para este artigo é importante não esquecer que a gestão humanizada é construída cotidiana e continuamente, por todos, pois requer mudança de postura de todos os atores na organização: trabalhadores, gestores e usuários. Os modelos hierarquizados e autoritá-

rios com o quais estamos familiarizados construíram formas de pensar e de agir autoritários, excludentes e onde há pouco espaço para o diálogo. É necessário, então, reconhecer primeiramente que, além de modelos de gestão diferentes e de estímulo à mudança de postura das outras pessoas, precisamos mudá-las, como ponto de partida, em nós mesmos.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre sujeito e o mundo da vida. In: PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.85-95.

CHANLAT, J.F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELLOS, J. **Recursos humanos e subjetividade**. 4ª.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.118-128.

MERHY, E.E. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. 2ª.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

TAYLOR, F.W. **The principles of scientific management**. New York: Harpes & Row, 1911.

WEBER, M. **Économie et société**. Paris: Plon, 1971.

Diversidades na Sociedade Contemporânea: a história do vídeo “Isso, Aquilo e Aquilo Outro”

Miriam Chnaiderman¹

Fui convidada para exibir meu vídeo “Isso, Aquilo e Aquilo Outro” no II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde, realizado no Espaço Café Cultural, na mesa sobre “Diversidade e Saúde na Sociedade Contemporânea”. Norteava o convite a informação de que este trabalho tinha como tema o preconceito em nosso mundo e, mais especificamente, em cidades como São Paulo. Claro que, orgulhosamente, aceitei o convite, pois enquanto psicanalista que vem fazendo documentários tenho procurado falar do que permanece oculto em nosso mundo, daquilo com que convivemos sem nos apercebermos, daquilo que fica embaixo do tapete e que vai intoxicando... Fazer documentários tem sido uma forma de sair do consultório e me perder pelas ruas da cidade e do mundo, capturada por vento, sol e cores.

Assim, meu primeiro documentário, “Dizem que Sou Louco”, procurou nas ruas as figuras que cotidianamente são nossas companheiras de viagem, embora não nos apercebamos: nossos olhos e passos procuram desviar-se das roupas e andrajos de nossas calçadas. Meu segundo documentário, “Artesãos da Morte”, entrevistou trabalhadores que no dia-a-dia tocam cadáveres; afinal, a morte é um tema tabu em nosso mundo. Meu terceiro documentário, “Gilete Azul”, conta a história da artista plástica Nazareth Pacheco, que transformou sua história de precoces sofrimentos no corpo em uma obra magistral – aqui trabalhei com o corpo reconstruído, o corpo que é silenciado.

Depois, realizei dois documentários sobre a discriminação, mais especificamente sobre a discriminação étnica. Um deles, “Isso, Aquilo e Aquilo Outro”, exibido no **II Encontro de Humanização**, e o outro, “Você Faz a Diferença”, que aborda o racismo presente nas escolas. Ambos foram feitos em parceria com o projeto “São Paulo Educando pela Diferença para a Igualdade”, da Universidade Federal de São Paulo, em parceria com o Conselho da Comunidade Negra de São Paulo e a Secretaria de Estado da Educação de São Paulo.

Transcrevo os objetivos do projeto, tal como está na proposta: “organização de um curso para professores/as do ensino médio com ênfase nas diversidades em geral e, em especial, na diversidade étnico-racial (...). O curso também atende a uma parcela cada dia mais ampla de professores que não tiveram em sua formação básicas conteúdos (...). Pretende-se sensibilizar os profes-

res para a temática racial buscando a compreensão e a reflexão dos processos discriminatórios ocorridos na sala de aula, bem como na sociedade em geral”.

Assim, a meta foi produzir vídeos que seriam parte do curso que objetiva instrumentar professores da rede pública para lidar com a questão do preconceito em sala de aula. A proposta queria acentuar o papel da escola e do educador frente à diversidade e o pressuposto de que o educador não está preparado para lidar com a alteridade, pois não recebeu essa formação.

A demanda de um vídeo a ser discutido por professores da rede pública focando a questão do preconceito e, mais especificamente, a discriminação étnica, surgiu num momento todo especial, em que a questão das ações afirmativas passou a ocupar as discussões nos mais variados lugares da nossa cultura: universidades, jornais, teatro, cinema, etc.

Ao exibir o vídeo “Isso, Aquilo e Aquilo Outro”, eu pretendia instaurar a discussão sobre o preconceito no âmbito dos profissionais de saúde e isso me parecia fundamental. Lembrava de uma das entrevistas que havia feito anteriormente para o outro vídeo, época em que soube que, em uma escola, uma mãe negra procurou inutilmente fazer com que a diretora compreendesse a necessidade de uma ampla discussão com pais e professores, após sua filha ter sido discriminada por um colega de classe. Só quando essa diretora conversou com seu marido médico, diretor de um hospital em uma cidade do interior, se deu conta da gravidade da questão, acolhendo a demanda da mãe e realizando um importante trabalho com sua equipe. Parece que na Saúde Pública, estas questões estão mais escancaradas e não há como negá-las. No vídeo exibido no encontro, um médico psiquiatra negro relata como sempre acham que ele é enfermeiro, como se jamais um negro pudesse ter um diploma em medicina.

Quando comecei a fazer o “Isso, Aquilo e Aquilo Outro” tinha clareza de que queria produzir um vídeo que deveria abordar a questão das diferenças de maneira a mais ampla possível. Queria falar da dificuldade em relação a qualquer alteridade, a dificuldade com a diferença. Pensava que a questão étnica era apenas um dos casos,

¹ Psicanalista, Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sédés Sapientiae, Mestre em Comunicação e Semiótica pela PUC/SP, Doutora em Artes pela ECA-USP, Pós-doutorada no Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP. Contato: chnaide@uol.com.br

com uma história atroz de discriminação.

No decorrer do processo, foi ficando clara a tradição de luta do movimento negro e o quanto qualquer reivindicação de respeito à diferença tem levar em conta a História Negra. Neste sentido, o movimento negro é vanguarda de toda uma bandeira de luta contemporânea, quando palavras de ordem tais como diversidade, diferença, multiplicidade, ganham contornos de importantes movimentos sociais.

Mapeamos São Paulo, visitamos a periferia, percorremos suas ruas. Colhi depoimentos impressionantes. Assim, no vai e vem das muitas falas, na nossa atenção flutuante de analistas, fomos fazendo a livre-associação imagética e construindo o vídeo. Ao fim e ao cabo, o que me norteou foi a cartografia dos afetos ligados à discriminação, formas de lidar com a humilhação e com um real do corpo.

Meu trabalho vai ganhando sentido ao ganhar espaço em discussões como estas, nesse encontro. É a minha contribuição para nos abirmos para a questão da diversidade em nosso cotidiano.

Atenção Humanizada ao Parto

Cláudia Medeiros de Castro¹

Introdução

A proposta de garantir um espaço no II Encontro de Humanização, onde as pessoas pudessem discutir sobre o tema Atenção Humanizada no Parto foi pensada no sentido de facilitar a discussão, compartilhar experiências bem-sucedidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), tirar dúvidas, incentivar novas experiências e possibilitar a reflexão sobre o tema.

Buscando facilitar a discussão, convidamos dois serviços de saúde da SES/SP para relato de experiências: a Casa de Maria, do Hospital Geral do Itaim Paulista, representada pelo médico Marcos Ymaio e o Centro de Parto Normal do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, representado pela enfermeira Sandra Cason.

Experiências no Atendimento ao Parto

A Casa de Maria é um Centro de Parto Normal, instituição que venceu o IV Prêmio Galba de Araújo, que a cada edição escolhe o melhor serviço humanizado de atenção ao parto de cada uma das cinco regiões do País. No Estado de São Paulo, este serviço foi, por duas vezes, vencedor desta seleção, que também premiou o Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra. A Casa de Maria está localizada ao lado do Hospital Geral do Itaim Paulista, administrado por uma Organização Social de Saúde, situado em bairro das extremidades da Zona Leste do município de São Paulo.

O Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) é um serviço de referência para gravidez de alto risco, conhecido, por muitos, como Casa Maternal. Tem uma longa história na atenção obstétrica e formação em ginecologia e obstetrícia em nosso Estado; é um hospital com mais de 60 anos. A criação de seu Centro de Parto Normal demonstra que, mesmo em um serviço com uma história de formação obstétrica “tradicional”, é possível promover mudanças e incorporar as recomendações para a atenção humanizada ao parto baseadas em evidências científicas. O HMLMB também se localiza na Zona Leste de São Paulo.

Nos centros de parto normal citados, o parto é realizado por enfermeiras com formação em obstetrícia. Nesses serviços, conforme relato apresentado por seus representantes, há uma preocupação em seguir algumas recomendações básicas para atenção obstétrica humanizada.

A atenção humanizada ao parto não pode desconsiderar a atenção oferecida durante a gestação, pois as consultas do pré-natal constituem-se num momento privilegiado para a troca de informações, acolhimento e estabelecimen-

to de vínculo com a equipe e serviço de saúde. Trata-se de um espaço privilegiado onde informações sobre hábitos saudáveis, cuidados com o corpo, higiene do recém-nascido, planejamento familiar, prevenção às DST/aids, podem ser discutidas e transformadas em novos hábitos e comportamentos. É nesse período que a mulher poderá planejar seu parto. Em alguns locais, é feito um ‘plano de parto’ com a ajuda e esclarecimentos oferecidos pelos profissionais de saúde.

Quando chega o momento do parto, espera-se que nos serviços de saúde a mulher tenha a experiência de um Parto Humanizado, que é aquele em que os atores envolvidos no parto e nascimento não são coisificados, procura-se recuperar o protagonismo da mulher neste momento tão importante. A tecnologia não é dispensada, mas seu uso é feito de forma racional, com indicação baseada em evidências científicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 1986, um guia para assistência ao parto de baixo risco, que, fundamentado em extensa revisão bibliográfica, estabelece as práticas obstétricas comprovadamente benéficas, as controversas e aquelas que devem ser evitadas. O guia reitera o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno já no pós-parto imediato, incentivo ao alojamento conjunto, à presença do pai ou acompanhante no processo do parto, e a atuação de enfermeiras obstétricas em partos normais de baixo risco. Define também que algumas condutas rotineiramente praticadas como episiotomia, amniotomia e tricotomia, devem ser utilizadas apenas em situações em que sejam comprovadamente necessárias, pois seu uso indiscriminado é gerador de risco.

Destacamos que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto é garantida por Lei no Estado de São Paulo desde 1999 (Lei 10.241) e em todos os serviços do Sistema Único de Saúde, desde 2005 (Lei 11.108). Quanto aos centros de parto normal, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 985/GM de 1999, estabeleceu critérios de funcionamento destes, considerando que são parte da ação de garantia da assistência de qualidade e humanizada na gestação, parto e puerpério, que tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Neste sentido, nossa tarefa como profissionais de saúde é a mudança da cultura de atenção ao parto, marcadamente intervencionista, buscando desenvolver ações de incentivo ao parto normal e busca da diminuição das taxas de cesáreas. Para tanto, é necessário focar a capacidade da mulher

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia Social, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Responsável pela Diretoria de Saúde Mental e Reabilitação do Hospital Brigadeiro e Professora Universitária. Contato: clau.medeiros@uol.com.br

para a realização do parto normal, bem como instrumentalizar tecnicamente os profissionais de saúde para que se habituem ao parto não-cirúrgico. Sabemos que tal mudança será gradativa, pois colhemos os frutos de décadas e décadas de uma assistência ao parto marcadamente intervencionista.

Considerações Finais

A discussão da mesa “Conversando sobre Atenção Humanizada ao Parto” mostrou as iniciativas bem sucedidas da Casa de Maria do Hospital do Itaim e do Centro de Parto Normal do HMLMB. Não são receitas que devem ser seguidas sem se pensar na realidade de cada local, uma vez que os serviços de saúde, suas equipes e a população atendida têm histórias e características próprias. Porém, essas experiências indicam que é possível mudar, ao mesmo tempo em que apontam novos caminhos para o aprimoramento da atenção ao parto e ao nascimento que oferecemos e que podemos oferecer nos serviços de saúde da SES/SP.

Referências Bibliográficas

REDE FEMINISTA DE SAÚDE, DEREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health day: safe motherhood**. Genebra: WHO, 1998.

Socialização e Comunicação no Ambiente de Trabalho

Cecília Itapura de Miranda¹

Introdução

Os ambientes de trabalho sempre foram propícios a problemas de comunicação e socialização. Nas práticas de saúde, além da rotina, da competição e da disputa de poder que ocorrem normalmente entre os profissionais de uma mesma organização, existe o agravante de que o processo de trabalho em saúde se dá numa condição de compartilhamento de nós próprios, do sentido de nossa ação e de nossas esperanças, proporcionando ainda mais entraves na comunicação e relações interpessoais.

A percepção dos profissionais sobre si próprios e sobre o mundo, seus valores e crenças, estão misturados na percepção que têm do outro e vice-versa. Com isto, criam-se problemas e soluções.

No decorrer deste debate, as reflexões sobre a humanização do ambiente de trabalho, transformam as percepções de mundo, de si, e dos outros. A reconstrução das práticas de saúde voltadas para aspectos humanistas visa à melhoria dos ambientes de trabalho, de modo que haja melhor socialização e comunicação e envolvimento entre as pessoas, mais prazer na prática do trabalho, maior felicidade e saúde dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da atenção à saúde.

O presente relato é fruto das apresentações e discussões da sessão “Conversando sobre Socialização e Comunicação no ambiente de trabalho”, ocorrida no II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em dezembro de 2005. Participaram das apresentações: Maria Teresa L. G. Waldemarim e Maria Christina G. Villela, da Direção Regional de Saúde (DIR) XXIII - Sorocaba; Enrico K Tutihashi, da DIR XXIV – Taubaté; e Vânia Ferreira, do Hospital Geral de São Mateus. A facilitadora dos trabalhos foi Cecília Itapura Miranda, da Coordenadoria de Regionais de Saúde (CRS).

A DIR XXIII de Sorocaba

O Grupo de Humanização da Direção Regional de Saúde de Sorocaba (DIR XXIII) sentiu a necessidade de iniciar o processo de Humanização da Regional com os profissionais que fazem parte do Grupo de Planejamento e Avaliação.

A proposta teve como objetivo melhorar a qualidade das relações interpessoais dos funcionários do Planejamento e facilitar a integração e a comunicação entre os setores da Regional, proporcionando condições favo-

ráveis para a humanização e a melhoria de qualidade no desempenho das ações de saúde no ambiente de trabalho. O primeiro passo executado foi a realização de uma ‘sondagem’ organizada pelo grupo de humanização da DIR, que procurou saber o que cada profissional participante sugeria para melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho e para melhor integrar os profissionais da equipe. Os resultados dessa ‘sondagem’ foram analisados conjuntamente e verificada a possibilidade de execução das modificações sugeridas e das atividades propostas.

A equipe de Planejamento que lida com os municípios de abrangência considerou necessário um trabalho de integração e desenvolvimento dos profissionais para o desenvolvimento da Humanização na DIR. As atividades de integração propostas, tais como cinema, passeios, happy hours, atividades físicas programadas e comemorações, proporcionaram maior união, cumplicidade entre os profissionais, produzindo maior significado e validade nas práticas do trabalho em saúde e proporcionando mais felicidade no ambiente de trabalho.

A DIR Sorocaba tem conseguido, com esse trabalho, criar espaços para aproximar as pessoas a fim de compartilhar tensões e dificuldades cotidianas, acolher e debater diferenças, sonhos de mudança e buscar, através da análise e da negociação, propostas que permitam, de fato, que as melhorias aconteçam.

A DIR XXIV de Taubaté

O Grupo de Humanização da DIR XXIV de Taubaté, liderado pelo Dr. Enrico K Tutihashi, desenvolve, na região, programas de Humanização envolvendo parceiros de diferentes instituições, como escolas, hospitais e universidades, através das seguintes atividades:

- curso de Qualidade e Humanização no atendimento na Saúde: diversos profissionais da saúde da região participaram do curso que teve como objetivo elevar a qualidade e aprimorar o relacionamento humano entre o prestador e os usuários, sensibilizar e conscientizar os funcionários sobre a importância e o seu verdadeiro papel no Sistema Único de Saúde (SUS), estando aptos a prestar um atendimento humanizado;

¹ Psicóloga, Diretora Técnica de Serviço, Coordenadoria das Regiões de Saúde, Membro do Comitê de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cmiranda@saude.sp.gov.br

- o curso de formação e capacitação “Acolhedor da Saúde”, destinado aos profissionais das recepções dos serviços de saúde da região e que objetiva o bom acolhimento da clientela;

- Companheiros da Alegria: formado por profissionais que visitam as unidades de saúde, capacitando-os para criar momentos de alegria e descontração aos usuários dos serviços de saúde;

- a criação de espaços de convivência para implantação da arte-terapia entre pacientes, médicos e funcionários dos hospitais e ambulatórios;

- a implantação da brinquedoteca na enfermaria da Pediatria do Hospital Universitário e nos ambulatórios pediátricos;

- o Projeto Socorrista-Mirim: que capacitou 100 crianças de 7 a 14 anos de idade, da rede de ensino Estadual, para o primeiro atendimento dos acidentes mais comuns de acordo com o protocolo do ATLS, do Instituto Viva Melhor da Sociedade Assistencial Bandeirante, do Hospital Regional do Vale do Paraíba.

- a organização de equipes de voluntários para a distribuição de cestas básicas e enxovais para recém-nascidos no Hospital Universitário;

- a ouvidoria regional: com equipe multiprofissional, acolhendo, ouvindo e buscando as melhores soluções dos problemas da população usuária do SUS;

- a formação de doulas: voluntárias capacitadas ao atendimento contínuo durante todo o pré-parto na maternidade do Hospital Universitário;

- a capacitação prática da ginástica terapêutica chinesa Lien Chi, para o combate ao “stress”, oferecida para funcionários e pacientes das duas instituições, Hospital Regional do Vale do Paraíba e Hospital Universitário.

A DIR XXIV Taubaté, utilizando tais parcerias, conseguiu envolver cada profissional, identificando seu potencial, elevando sua auto-estima, conscientizando e integrando-o num trabalho de equipe, aumentando sua motivação e produtividade, resultando na melhoria da qualidade do atendimento, com ganho final para o usuário e para o profissional que se sente mais realizado e feliz.

Hospital Geral de São Mateus

A política de Humanização é um dos eixos norteadores do Hospital Geral de São Mateus, que tem como missão prestar atendimento de saúde com qualidade e humanização à população da região de São Mateus nas áreas de urgência, emergência, maternidade, pediatria, clínica geral e queimados.

O Comitê de Humanização do hospital, criado há mais de três anos, tem como objetivo mobilizar estruturas e pessoas para avaliar, propor e refletir a prática do cotidiano provocando mudanças que buscam a melhoria da qualidade e humanização dos serviços prestados ao usuário.

As ações desencadeadas a partir do Comitê de Humanização foram:

- a criação da brinquedoteca; a reforma dos consul-

tórios e da sala de espera do Pronto Socorro; a introdução do acolhimento com identificação de risco para os pacientes do Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência (NAVI), da Unidade de Queimados e da UTI Pediátrica; o escalonamento de horários de cada especialidade clínica; a abertura de visitas no período noturno; a instalação de telefone público nos andares e a disponibilização de um novo local para refeições dos funcionários de empresas terceirizadas;

- o projeto ‘Música no Hospital’: onde cantores voluntários são estimulados a participar tocando música em todos os setores administrativos e de internação;

- o ‘Cantinho da Mamãe’: local em que as mães podem ler, ver televisão, aprender trabalhos manuais e receber orientações técnicas; desencadeada a Campanha de Amamentação;

- a participação na festa de aniversário do hospital, lançamento da ‘Campanha do Abraço’ e implementação do programa ‘Minha Primeira Foto’, que fotografa todos os bebês nascidos no local, dando às mães um certificado com esta foto;

- atividades voltadas para os clientes externos; apresentação de palhaço e mágico, Dia da Beleza, Projeto Cinema e Gelatina;

- o ‘Mutirão Criança Saudável’: realização da avaliação de peso, pressão arterial, altura e teste de acuidade visual das crianças da região;

- a Campanha ‘Faça Diferença’: proposta de sensibilização que motiva cada pessoa a rever sua relação com o outro e incentiva o respeito às diferenças individuais como condição para a vida.

O Comitê de Humanização do Hospital São Mateus acredita que toda pessoa pode contribuir para a cultura da paz, e deseja que a paz seja o objetivo nas relações profissionais e pessoais. Para isso, realça que os profissionais de saúde devem prestar atenção aos detalhes, treinando seus sentidos para ouvir, ver, tocar e acolher; e para perceber o outro e expressar seus sentimentos e praticar a compaixão.

“Para fazer diferente, para fazer diferença, devemos incluir na nossa vida o exercício da solidariedade, pois sua prática diminui distâncias, muda vidas, provoca alegria, transforma pessoas. Propomos que a solidariedade seja praticada com todos, deixando aflorar a humanidade que existe dentro de nós e, para tanto, basta sermos humanos”.

Conclusão

O trabalho na área da Saúde vem enfrentando, há alguns anos, uma crise de legitimação frente ao desenvolvimento da tecnologia e o saber científico. A produção da atenção à saúde tem estado voltada para o desenvolvimento científico-tecnológico, relegando valores humanistas fundamentais para a atenção à saúde.

A tecnologia apenas amplia o poder e revela novas possibilidades e isso é inquietante para a humanidade,

mais preparada para a dominação e o conflito que para a integração e a harmonia. O problema são essas limitações e imperfeições humanas.

Os trabalhos apresentados propõem ações que buscam a reflexão da prática, em busca da qualidade de vida no trabalho sob o eixo central da humanização.

Percebe-se que a prática em saúde ocorre de forma inter e multidisciplinar e que ações que promovem integração facilitam a comunicação e a reflexão dos processos humanos, ao mesmo tempo em que desenvolvem equipes mais comprometidas na busca de sentidos e significados envolvidos nos processos de saúde e doença.

Por fim, como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho da saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução e, ainda, precisam estar sempre abertas e sensíveis às interferências das sabedorias práticas e à reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das suas práticas, para que tais aspectos sejam sempre promovidos.

Referências Bibliográficas

AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): Grupo de Trabalho e Humanização**. Brasília, 2003.

FONSECA JUNIOR. F. M. **Tecnologia para uma educação humanizadora**. São Paulo, FUNDAP, 2005. [CD do Curso de Informática Básica]

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, v. 6, p.109-116, 2000.

A Ouvidoria de Saúde e a Contribuição para a Humanização da Assistência à Saúde

Elza Ferreira Lobo¹

Introdução

“Exercer o papel de ouvir o outro nos faz sentir que o último homem é aquele que vive de um sonho que ainda não morreu, **um sonho vivo**, cujos ideais não foram frustrados...

Existem, sim, espaços livres, nos quais podemos experimentar uma **existência singular e original**, uma vez que acreditamos que, **cada ser humano é um original**”.

(Ed René Kivitz, **Vivendo com Propósitos**, 2003)

Segundo a Constituição Federal Brasileira, de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Seção II – Da Saúde, no Artigo 196). Por isso foi necessário caminhar para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), formado por várias instituições pertencentes aos três níveis de governo (União, estados e municípios). Para tanto, o processo foi iniciado a partir da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

No Estado de São Paulo, foram estabelecidos 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) e a implantação da informação, como um dos princípios básicos para o exercício da cidadania, através do Disque Saúde, implantado na Secretaria de Estado da Saúde (SES) em 21/12/89. Este último teve por objetivo fornecer atendimento à população dos municípios de São Paulo e Guarulhos, através do número telefônico 1520, disponível à população 24 horas por dia, incluindo sábados, domingos e feriados.

Em 1995, com o avanço na implantação do SUS no Estado e a conseqüente reorganização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o serviço passou a estar presente nas 24 Direções Regionais de Saúde (DIRs), continuando a prestar informações a todas as regiões pelo mesmo telefone, que foi alterado, atualmente, para o número 150, passando a integrar o “Disque SUS”, serviço piloto de ouvidoria da saúde, em nível central.

A discussão de criação de uma ouvidoria na Saúde, no Estado de São Paulo, esteve sempre presente nas discussões do Conselho Estadual de Saúde e nas Conferências de Saúde, respondendo à demanda do Código de Saúde do Estado de São Paulo, de 1995. Também neste Estado, desde 1991, o Código de Defesa do Consumidor, através do capítulo III, “Dos Direitos Básicos do Consumidor”, aponta para uma maior participação do consumidor junto aos serviços prestados pelo Estado.

Assim, em 20 de abril de 1999, foi aprovada a Lei 10.294 que cria o Sistema Estadual de Defesa dos Usuários

de Serviços Públicos (SEDUSP), instituindo as ouvidorias dos serviços públicos do Estado.

A Ouvidoria de Saúde do Estado de São Paulo

A Ouvidoria da Saúde funciona como um canal de acesso da população para realizar queixas, reclamações e denúncias de violações de seus direitos enquanto usuários do SUS, sendo um instrumento voltado à garantia da melhoria do funcionamento e da organização do sistema de saúde neste Estado.

Qualquer cidadão brasileiro ou não pode apresentar suas solicitações, queixas ou sugestões referentes a atendimento em hospitais, postos de saúde e ou ambulatórios, em órgãos públicos ou conveniados a este sistema.

Desde a criação do SEDUSP, existe um corpo de ouvidores na SES/SP, atuando na Coordenadoria de Regiões de Saúde, na Coordenadoria de Serviços de Saúde (que envolve diferentes hospitais), na Coordenadoria de Controle de Doenças e na Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde. Também há ouvidores nos diversos institutos de pesquisa da SES/SP, nos Centros de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária e nos Centros de Referência e Treinamento DST/Aids, de Idosos, da Mulher, além da atuação na Fundação para o Remédio Popular (FURP), Superintendência e Controle de Endemias (SUCEN) e no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) – que também criou serviços de ouvidoria interna para cada um de seus 20 Centros de Assistência Médico Ambulatorial, voltados para as queixas dos servidores públicos.

Ao todo, há no Sistema de Ouvidoria da Saúde do Estado de São Paulo, cerca de 160 interlocutores atuando entre os serviços e os usuários, buscando desempenhar esta nova função de ouvidores da Saúde.

Esse sistema sofre análise periódica, já que em 2004, a Casa Civil implantou o preenchimento de planilhas que compõem um Relatório Semestral das Ouvidorias. Entre seus pontos principais está a operacionalidade dos dados recolhidos pelas ouvidorias, permitindo uma visibilidade das manifestações recebidas dos usuários ao gestor:

¹ Mestre em Educação e Saúde Pública, ex-integrante do Centro Latino-americano em Estudos em Saúde Mental, Ex-Coordenadora Nacional da Rede de Investigação em Serviços de Saúde no Cone Sul, Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: elobo@saude.sp.gov.br

**Relatório da Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
(ligações do 1º e 2º semestres de 2005)**

Unidades	Reclamação	Sugestão	Elogio	Denúncia	Informação	Expressões Livres	Total
OUVIDORIA – NÍVEL CENTRAL	9.668	431	94	20	32.255	21.568	64.036
CRS – Coordenadoria de Regiões de Saúde	2.954	68	101	195	1.799	24	5.141
CSS – Coordenadoria de Serviços de Saúde	8.474	915	2.338	108	9.792	1.412	23.039
CCD – Coordenadoria de Controle de Doenças	778	16	57	1	813	3	1.668
Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde	2.485	78	13.654	0	342	18	16.577
AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES							
Fundação Pró-Sangue	235	100	86	0	90	4	515
FURP – Fundação para o Remédio Popular	3	0	0	1	0	0	4
HC de Ribeirão Preto – Campus	410	70	214	0	576	0	1.270
HC de Ribeirão Preto – Emergência	105	22	147	10	233	0	517
Hospital Universitário da USP	576	37	148	22	849	28	1.646
IAMSPE	32.307	1.939	645	7	6.428	267	41.562
SUCEN	2	0	0	1	25	0	28
TOTAL GERAL	57.997	3.676	17.484	365	53.202	23.324	156.048

Conclusões

Assim, como afirma Betinho: “A idéia de cidadania ativa é ser alguém que cobra, propõe e pressiona o tempo todo. O cidadão precisa ter consciência de seu poder”.

O Sistema de Ouvidoria da Saúde do Estado de São Paulo representa um instrumento que garante essa “ponte” entre serviço/gestor e usuário, permitindo que as pessoas exerçam a sua cidadania, opinando sobre os serviços de saúde que lhe devem ser oferecidos pelo SUS.

Experiências de Gestão e Humanização Loco-Regional

Nelson Figueira Júnior¹

Introdução

Este artigo discorre sobre a apresentação da mesa “Experiências de Gestão Humanizada Loco-Regional”, realizada no II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. As apresentações contaram com a participação de Maria Tereza L. E. Silva (Direção Regional de Saúde DIR VII – Araraquara); Cecília Cristina Togasho (DIR XIV – Marília), Marizete da Costa Ferreira (DIR XV – Piracicaba), coordenada por Nelson Figueira Júnior (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo).

A Integração Regional na Política de Humanização

As Oficinas de Humanização, realizadas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES), são fruto de um acordo realizado entre as três esferas de governo, em setembro de 2004, visando o desenvolvimento de uma Política Nacional de Humanização (PNH). A proposta teve como objetivo fomentar articulações entre as instâncias de governo, respeitando as diferenças e autonomias federativas, comprometendo-se com uma nova forma de trabalhar para construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em um modelo de atenção com qualidade e indissociável de uma gestão participativa. Destacando algumas falas, que ilustram as intenções deste acordo, retiradas do relatório do encontro:

“(...) construir acordos para a definição de uma política que tenha permanência no tempo (...) uma transição da ética individual para uma ética coletiva, um compromisso institucional do conjunto do Sistema com a população, nosso usuário”.

(Dr. Paulo Seixas – Coordenador da CRH/SES)

“(...) uma nova maneira de trabalhar (PNH), de fazer junto, de considerar todos os atores do SUS como sujeitos protagonistas da produção de saúde.”

(Raquel Teixeira Lima – Consultora do PNH/MS)

Vale ainda destacar deste relatório a preocupação com os objetivos do desenvolvimento de uma Política de Humanização no que se refere aos problemas, no âmbito do SUS, com a histórica desvalorização dos trabalhadores da saúde, a crescente precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em educação permanente para me-

lhorar da formação profissional e os modelos de gestão centralizados e verticais que acabam por excluir trabalhadores e população da construção do sistema de saúde.

Podemos considerar estas reflexões como ponto de partida, um marco na viabilização da integração das agendas de saúde para a implantação das políticas de humanização.

As oficinas de Humanização na SES/DIR

As Oficinas de Humanização no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Direções Regionais de Saúde (DIRs), sob a coordenação de Cleusa Abreu (CRH) e Cecília Miranda (CRS), foram organizadas segundo uma divisão macro-regional, em três grupos de DIR: São Paulo, Marília e Ribeirão Preto, selecionadas de acordo com as semelhanças entre as Regionais e a proximidade física entre elas. O público foi constituído por gestores e representantes do planejamento, ouvidoria, recursos humanos e do Pólo de Educação Permanente.

A participação ocorreu de forma diferenciada para cada DIR, de acordo com a disponibilidade e interesse dos gestores e equipes técnicas, refletindo o momento e grau de investimento para o tema da Humanização, segundo as experiências já desenvolvidas e motivação para a criação de ações inovadoras. De forma geral, os participantes demonstraram grande interesse pelo tema em questão, verificado pela participação atuante em todas as atividades propostas no decorrer do ano de 2005 e na manifestação da necessidade de dar prosseguimento ao processo iniciado.

Este trabalho tem se configurado em um efetivo espaço de ampliação da forma de pensar e agir as relações humanizadoras no modo de produzir saúde. A partir da compreensão de que a humanização é um tema que atravessa todas as instâncias do SUS e do entendimento de que precisamos melhorar nossa forma de lidar com as dimensões subjetivas dos sujeitos nas práticas do cotidiano profissional, associamos, na nossa roda de debates, a perspectiva da gestão local e regional às necessidades de formação dos profissionais e da participação dos usuários, de maneira a integrar nos processos de trabalho a importância das relações entre os diferentes profissionais

¹ Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica pela PUC – Campinas e Coordenador da Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Contato: figueiranj@ig.com.br

e destes com a população.

Para tanto, nas oficinas, solicitamos aos participantes que relacionassem o tema da humanização a alguma situação de trabalho, seja esta sobre uma experiência já desenvolvida ou uma situação problema. Nossa intenção foi a de trazer o dia-a-dia do profissional da DIR, o que concebiam como ações de humanização nas relações de trabalho e na forma de fazer gestão e atenção, produzindo novos significados para o que chamamos de processos subjetivos na produção da saúde, visando à melhoria da capacidade de realização e liderança e na co-responsabilização dos objetivos institucionais da DIR.

Adotamos como metodologia a aprendizagem significativa, através da lógica da problematização, acreditando que o trabalhador precisa desenvolver sua potencialidade de acordo com o que lhe é exigido. A diversidade da experiência acumulada de cada trabalhador foi provocada através de perguntas que contribuíram para a análise das situações, que revelaram as estratégias adotadas por eles e pelas áreas em que estão inseridos frente aos desafios que o trabalho coloca. Dessa forma, colocamo-nos como produtores de conhecimento e de formulação de propostas para o desenvolvimento de projetos de gestão atrelados à Humanização.

“Nesse fazendo e aprendendo, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer inventando, segundo um processo de aprendizagem contínua, de construção de saberes, valores, concepções e sujeitos. Trata-se de inventar pela prática de teste, de experimentação, de problematização das formas já dadas.”

(Cartilha Gestão e Formação do Trabalho/PNH)

Os assuntos abordados nas oficinas trouxeram experiências já instituídas na SES, como os projetos “Jovem Acolhedor”, “Conte Comigo” e os relatos de trabalho com Programa Saúde da Família e na área de Saúde Mental. No aspecto da gestão, foi enfocada a relação com os trabalhadores da DIR (desde a gestão de pessoas até o trabalho em equipe), a integração com diretrizes da SES, a interação com secretários municipais de saúde e sobre os processos de regulação das regionais (incluindo os prestadores de serviços).

Nesta direção, aprofundamos a relação da humanização como um tema transversal e sua potencialidade na produção de mudanças para a uma maior qualidade na produção da saúde. A possibilidade de participar de um espaço coletivo de discussão foi muito valorizado.

Sistematização das Oficinas de Humanização

Objetivos:

- estimular, acompanhar e desenvolver uma Política de Humanização junto às Regionais de Saúde;
- estimular a formação de grupos ou comitês de humanização;

- instrumentalizar os comitês de humanização para atuarem junto aos municípios;
- acompanhar, fortalecer e dar suporte aos grupos de humanização;
- proporcionar troca de experiências de humanização;
- construir propostas para promover ações de humanização;
- disseminar sobre os pressupostos e concepções de humanização articulados na gestão e atenção à saúde;
- criar mecanismos para facilitar a articulação e a integração entre as diferentes ações de humanização nas Regionais de Saúde.

A Humanização no trabalho com os coletivos:

- resignificação do cotidiano do trabalho em saúde na DIR;
- reflexão sobre a produção do cuidado com enfoque nas necessidades de saúde;
- ampliação da motivação, elevando a auto-estima do grupo;
- valorização do trabalho em equipe;
- a percepção da subjetividade na construção da gestão participativa;
- troca de experiências e reconhecimento das práticas humanizadoras;
- apropriação da Humanização como eixo transversal do trabalho em saúde;
- qualificação do processo de trabalho no âmbito da DIR e na organização assistencial;
- trabalho coletivo como estratégia de articulação regional e integração entre as áreas.

Resultados - evolução e parâmetros de Humanização elaborados:

GTH e Comitê Humanização	91% das DIR constituíram GTH/ Comitê
Gestão Participativa	50% das DIR priorizando coletivos
Pólo de EP e Humanização	79% das DIR integram EP e Humanização
Articulação Regional	92% das DIR inserem o tema da Humanização
Conselho Saúde e Participação Popular	42% das DIR envolvem Conselho e População
Comunicação e Socialização	92% das DIR com atividade de Comunicação Social

Considerações Finais

As oficinas de trabalho junto às Regionais de Saúde configuraram-se em um espaço coletivo de discussão e de ampliação na forma do pensar e do agir em saúde, tendo como eixo transversal a humanização.

Nestes encontros, foram valorizados a troca de experiências, o reconhecimento dos trabalhos desenvolvidos, a aquisição de novos conhecimentos e abordagens sobre o tema da humanização. O trabalho em grupo permitiu a aproximação entre os profissionais, possibilitando a análise dos vínculos institucionais, criando momentos

favoráveis para se compartilhar tensões decorrentes do trabalho, acolhendo as divergências e estimulando a criação de propostas e projetos inovadores.

As atribuições das Regionais de Saúde, com o enfoque na humanização, ganham uma nova dimensão no processo de produzir saúde, ampliando e redimensionando os espaços de interlocução e de articulação regional com os municípios.

A humanização foi utilizada como um dispositivo que interrogou as práticas cotidianas, valorizando os vários modos de subjetividade presentes na concretude das ações de saúde, da gestão à atenção, incentivando gestores e equipes técnicas para a transformação destas práticas, produzidas nas inter-relações locais e regionais, para a produção de saúde na perspectiva do SUS.

Humanização da Assistência ao Recém-Nascido

Sonia Ioyama Venâncio¹

Introdução

A inclusão do tema “Humanização da Assistência ao Recém-Nascido” no II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo teve por objetivo propiciar a troca de experiências entre profissionais de saúde que atuam ou pretendem atuar nessa área. Utilizou-se como proposta a chamada “Conversando sobre...”, constituindo um tipo de exposição dialogada, na qual três profissionais com reconhecida experiência no tema apresentaram brevemente sua trajetória profissional, de forma a provocar no grupo um debate sobre questões de interesse.

Participaram dessa sessão a Dra. Teresa Toma, pediatra e pesquisadora do Instituto de Saúde, que tem a Humanização da Assistência ao Recém-nascido como linha de investigação; a Dra. Sandra Regina de Souza, pediatra e coordenadora do Projeto de Humanização da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), o Dr. Carlos Eduardo Correa, neonatologista com vasta experiência na implantação de programas de humanização do parto e nascimento, além de 20 participantes de diferentes formações inseridos em serviços de saúde do Estado. Na qualidade de facilitadora desse debate, apresento o registro da memória deste encontro.

A dinâmica do grupo neste encontro foi iniciada com a apresentação, pelos participantes, que descreveram brevemente o contexto dos serviços em que estavam inseridos, seguido por debate aberto com a platéia presente.

Estratégias em Humanização da Assistência ao Recém-Nascido

A inserção profissional dos convidados possibilitou a apresentação de diferentes visões sobre a Humanização da Assistência ao Recém-Nascido, passando pela discussão de pesquisa, gestão e processos de trabalho em serviços de saúde, promovendo um amplo debate. Entre as estratégias discutidas, duas merecem ser destacadas: a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e a “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru”.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança² (IHAC), lançada pela Organização Mundial de Saúde em 1991, tem como objetivo a implantação de rotinas nas maternidades, traduzidas nos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, que visam à proteção, promoção e apoio à amamentação. Essa estratégia tem sido apontada como uma importante iniciativa rumo à humanização da assistência ao recém-nascido e, no Brasil, é uma das prioridades da

Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.

A Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (MMC)³, introduzida no Brasil no início da década de 90, foi adotada como política pública através da Portaria nº 693 de 5/7/2000.

A normatização do Método Canguru no Brasil não foi feita com a perspectiva de substituir equipamentos e recursos tecnológicos necessários ao adequado cuidado neonatal, mas sim com a proposta de realizar uma mudança de postura no cuidado desses bebês, com a humanização da assistência prestada.

No âmbito do Estado de São Paulo, a entrada da IHAC deu-se de forma tímida, em 1992, com a adesão de pouco mais de meia dúzia de serviços. A expansão da IHAC no Estado teve início após a implementação dos Cursos para Gestores, da Organização Mundial de Saúde (OMS) / Wellstart, através de um projeto conjunto entre a então denominada Coordenadoria de Saúde do Interior, a Área Técnica de Saúde da Criança e o Instituto de Saúde, como forma de sensibilização dos diretores de maternidades para a implantação do Dez Passos. Cerca de 280 hospitais foram envolvidos no projeto, em treinamentos regionalizados organizados com o apoio das Direções Regionais de Saúde (DIRs), no final da década de 90.

No tocante ao MMC, vários treinamentos foram realizados pelo Centro Colaborador (Hospital Geral de Itapeverica da Serra – HGIS) para hospitais paulistas, através de convênio firmado entre Ministério da Saúde, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e a Fundação ORSA.

Debate

Após a exposição dos participantes da mesa, dúvidas foram colocadas no tocante à implantação de tais estratégias, especialmente relacionadas à capacitação das equipes, treinamentos disponíveis e etapas necessárias para o credenciamento dos serviços.

Embora a assistência ao parto não fosse o foco dessa discussão, as altas taxas de cesárea emergiram como um tema apontado como obstáculo importante à implantação da amamentação na primeira meia hora após o nascimen-

¹ Pediatra, Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica e Coordenadora do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: soniav@isaude.sp.gov.br

² Para saber mais sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, consulte o site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

³ Para saber mais sobre a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru, consulte o site www.metodomaeacanguru.org.br

to, importante passo (nº 4) da IHAC, tendo ficado evidente a necessidade da definição de estratégias para reduzi-las.

Relatos foram feitos sobre as dificuldades encontradas por esses profissionais para promoverem a mudança das práticas assistenciais em seus serviços de origem e angústias foram colocadas, quase como desabafos. Mas, apesar de tudo, um ponto positivo nas falas dos participantes: “que bom que existem pessoas aqui na SES também comprometidas com essas questões...”.

Considerações Finais

O presente artigo teve como intuito resgatar os conteúdos e reflexões do II Encontro acerca da Humanização da Assistência ao Recém-Nascido, buscando dar visibilidade às principais angústias vivenciadas pelos atores do cotidiano dos nossos serviços. Em que pesem as diferentes visões sobre o significado da palavra ‘humanização’, alguns pontos ficaram evidentes: a busca desses profissionais por um novo paradigma de assistência à saúde, a perplexidade frente às dificuldades encontradas ao trilharem esse caminho e, finalmente, um espaço de definição de prioridades, diretrizes e de assessoria a ser preenchido pelo nível estadual.

Pudemos constatar que os serviços interessados em avançar na humanização da assistência implantando essas estratégias permaneceram, ao longo dos últimos anos, sem um apoio formal do nível estadual. A extinção das chamadas Áreas Técnicas, antes parte da estrutura da Coordenadoria de Planejamento em Saúde, resultou em um enfraquecimento ainda maior de iniciativas pontuais que vinham sendo desenvolvidas pela SES/SP.

A existência hoje, de um projeto de humanização no âmbito da Coordenadoria de Serviços de Saúde, poderia ser um passo inicial para a definição de uma política estadual de humanização da assistência ao recém-nascido. Nesse sentido, é fundamental que o Comitê Estadual de Humanização, o qual tem se consolidado em espaço de articulação das ações de humanização da SES/SP e propiciado momentos de reflexão como o deste “Conversando sobre Humanização da Assistência ao Recém-Nascido”, inclua entre suas prioridades a definição de diretrizes para a humanização da assistência ao recém-nascido a ser adotada no Estado de São Paulo.

Residências Terapêuticas: um desafio à Saúde Mental

Mirsa Elisabeth Dellosi¹

Apostar na humanização dos pacientes internados em longa permanência (pelo menos 2 anos) nos hospitais psiquiátricos, os chamados pacientes “moradores”, é sustentar o direito de eles voltarem a morar nas cidades. Apostar é acreditar na vitória do outro. Sustentar a humanização desses “moradores” só é possível quando as equipes se convencem do potencial que permanece em cada uma dessas pessoas, concedendo-lhes as respectivas altas hospitalares, devolvendo-lhes o direito de ir e vir, devolvendo-lhes a cidadania.

Encontramos “moradores” (internados nos hospitais psiquiátricos 20, 30, 40 até 66 anos!), cujas habilidades foram destruídas, a ponto de muitos, “des-humanizados”, não mais andarem vestidos ou calçados e, outros tantos, comerem com as mãos. Ninguém mais se importava com tais coisas, ou pior, os que deles cuidavam passaram a achar isso “natural”.

Humanizar é corrigir o que foi “des-humanizado” durante as décadas de permanência nas instituições fechadas, onde milhares de indivíduos foram trançados por conta de uma cultura de exclusão social dos diferentes, por uma mentalidade que encarcerava as pessoas com transtorno mental numa única identidade: a de “doente mental”.

O processo de humanização desses pacientes “moradores” vem sendo desenvolvido no Estado de São Paulo, passando a lares abrigados, pensões protegidas, residências terapêuticas, casas alugadas, chegando, até, às casas próprias, contribuindo para mudar a cultura e mentalidade de isolamento que prevaleciam. Há várias experiências que demonstram esse processo, conduzido por muitas equipes dos hospitais psiquiátricos próprios do Estado.

Os “lares abrigados” são casas existentes no terreno do hospital, onde moram pacientes que deixaram os leitos dos pavilhões, mas ainda permanecem internados. Nestes, essas pessoas começam a recuperar suas habilidades e a iniciar uma re-inserção social. A primeira experiência data de 1974, com a implantação de lares abrigados no Centro de Reabilitação de Casa Branca, pioneiro na década de 70. Em 1984, também foram criados lares abrigados no Hospital do Juqueri, em Franco da Rocha.

Um passo à frente foi dado pelas equipes do Hospi-

tal Santa Tereza de Ribeirão Preto. Desde 1992, foram criadas “pensões protegidas”, financiadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde as pessoas são transferidas para morar após alta hospitalar. Nas “casas alugadas” na própria cidade, vão morar os pacientes que passaram pelo processo de “des-institucionalização”, antes de serem “des-hospitalizados”.

“Residências terapêuticas” são serviços que foram normatizados em 2000, através da Portaria 106/00 do Ministério da Saúde. A portaria contemplou as experiências que já existiam em várias cidades do Brasil e propiciou a sua ampliação. Esses serviços implicam necessariamente na alta hospitalar e em casas preferencialmente situadas nas cidades, fora do território do hospital. Os cidadãos que ingressam recebem atenção e cuidados das equipes dos ambulatórios de Saúde Mental e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).

Para se ter uma dimensão do crescimento desses serviços, em 1995 havia no Estado de São Paulo 12 casas habitadas por pessoas egressas dos pavilhões psiquiátricos; em 2002, já eram 169 casas, 84 lares abrigados e 85 residências terapêuticas, estas para pessoas com alta hospitalar (SES/SP, 2002). Em 2005, as residências terapêuticas aumentaram para 188 unidades, em 20 cidades, com 873 cidadãos, entre os quais, 526 homens e 347 mulheres.

As histórias pessoais daqueles que saíram mostram a transitoriedade da residência terapêutica, pois vários deles já optaram por alugar a própria casa (como as cinco casas alugadas em Casa Branca), por comprar a própria casa (três compraram casas da COHAB em Ribeirão Preto), ou por construí-las com as próprias mãos (uma experiência em Casa Branca). Esses cidadãos dão a todos nós uma lição de cidadania, mas acima de tudo, uma lição de liberdade, pois, após tantos anos de internação, não perderam o maior bem que nos faz humanos: o de ser livre.

Ao mesmo tempo, muitos “moradores” ainda aguardam a oportunidade de voltar a morar na cidade.

A singularidade de cada história de resistência à exclusão social, a qual tantos foram submetidos du-

¹ Filósofa, Psicóloga e Psicanalista, com Especialização em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Diretora Técnica de Divisão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Gerente de Re-inserção Social do Hospital Psiquiátrico Pinel. Contato: mirsa@uol.com.br

rante muitos anos, emociona, fortalece, desafia e traz para cada equipe profissional a certeza de que a residência terapêutica também é transitória. Isso tem sido demonstrado pelas várias pessoas que deixaram os pavilhões psiquiátricos.

O direito de morar transcende o trabalho de especialistas em Saúde Mental: uma vez (re)conquistado, faz aflorar a humanidade que habita em todos nós, para além de qualquer transtorno. Esse é o desafio.

Referências Bibliográficas

SÃO PAULO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
Relatório de Gestão. SES/SP, Dezembro de 2002

Humanização e seus Desafios no Cotidiano

Raquel Pastana Teixeira Lima¹

O título deste artigo nos remete à tarefa primeira de esclarecer nossa concepção sobre o termo Humanização. A seguir, consideraremos como desafios o que ainda se coloca por ser resolvido na prática cotidiana de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Humanização tem sido utilizada nos últimos anos com vários significados e conceituada de formas bastante distintas; por isso, entendemos ser necessário relevar este ponto. O conceito que vimos construindo no trabalho com a Política Nacional de Humanização (PNH) refere-se às relações de inclusão e respeito entre sujeitos.

Ora, de que sujeito falamos? Não se trata de um Ser abstrato, descontextualizado, um indivíduo que se pode conceber isolado de seus territórios e de seu tempo, de suas relações com os outros e com o mundo. Este sujeito, ao qual nos referimos, é produzido pelo coletivo, portanto, na relação com os outros, ao mesmo tempo em que também o produz. Somos, em grande parte, produto das relações entre os grupos aos quais pertencemos e que ajudamos a transformar, através de nossa singularidade.

O reconhecimento e o respeito à dignidade do “outro” passam necessariamente pelo reconhecimento de sua legitimidade e singularidade. Uma relação entre igualmente humanos, embora singulares.

Nessa construção não há lugar para vítima ou opressor, já que existem interesses, desejos e projetos a serem conhecidos, compartilhados, negociados e transformados.

No entanto, se nos dispusermos a analisar as relações e vínculos estabelecidos entre os sujeitos envolvidos na produção de Saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), veremos que os desafios estão por ser enfrentados com determinação entre seus profissionais. Muitas vezes, ainda vigora o lema “quem pode mais”, tornando os processos de trabalho e de decisão uma verdadeira guerra.

Também, entre os profissionais de saúde e os usuários, a mesma constatação não é rara: ouvimos constantemente acusações mútuas: do usuário, sobre o descaso, a arrogância e a inoperância dos funcionários; dos trabalhadores, sobre a exigência excessiva pelos serviços, a prepotência de usuários que querem ser atendidos na hora, a violência etc.

Esse relacionamento não é muito diferente entre trabalhadores da saúde e gestores e entre esses últimos e os usuários. Nossos serviços transformam-se em campos de batalhas diárias, onde os culpados são os outros: ninguém precisa mudar, ao mesmo tempo em que “tudo” deveria mudar.

Aquilo que se convencionou chamar de “controle social” (uma expressão que em sua origem tem o significado

oposto ao que conhecemos hoje – o controle do Estado pela sociedade) necessária, a partir desse ponto de vista, ser repensado em seu delírio controlador. Instituir verdadeiramente a participação popular, a gestão participativa no SUS, implica romper com um modo de operar que reproduz a ação intimidadora e, muitas vezes, violenta para derrotar as idéias e propostas discordantes.

O conflito e a divergência podem se tornar analisadores importantes das necessidades de mudança, desde que possam ser explicitados através da palavra franca entre as pessoas. Interesses podem ser legítimos, desejos podem ser realizáveis e todos os que os possuem têm o direito de tê-los (desejos e interesses).

É necessário o exercício de nossa escuta “ingênua”, no sentido de buscar compreender o ponto de vista do outro, ao invés de já prepararmos nossa contraposição enquanto o outro nos fala... sem de fato ser ouvido. Isso não quer dizer que tenhamos que concordar com tudo o que esse outro nos diz, mas que ele pode nos fazer perceber outros recortes da realidade para os quais não havíamos atentado. Ainda que continuemos com nossa própria posição durante uma discussão ou conflito, a prática democrática exige esse reconhecimento da alteridade.

Toda negociação é um processo entre sujeitos. Negociar pede escuta atenta, requer um ‘abrir mão’ de algo e um esforço para contemplar também o outro nos ganhos coletivos. Derrotar o outro é sempre um ato de violência. Gera ressentimentos e prepara para a vingança. Não agrega as pessoas, senão que as segrega. Constrói muros e não abre pontes.

Pensemos em alguns exemplos de nossa realidade: como são utilizados os espaços formais de gestão do SUS? Como ocorrem as decisões polêmicas nos nossos colegiados, conselhos de saúde, comissões interinstitucionais? Ouvimos e compreendemos as posições discordantes para depois buscarmos uma decisão compartilhada? A condução estratégica dos avanços tem sido estruturante para o rompimento com os velhos modelos centrados na consulta médica, em procedimentos serializados, na clínica restrita à queixa-conduta biológica? Tem possibilitado a construção de uma clínica ampliada, centrada nas necessidades de saúde das pessoas, no aumento da resolutividade da atenção básica, no trabalho em equipe que amplia a corresponsabilização e o vínculo? Ou só reproduz o velho modelo, cobrindo-o com novas roupagens, atrativas, mas

¹ Psicóloga, Sanitarista e Psicodramatista, especializada em Gestão de Serviços de Saúde; Psicoterapeuta de grupos e adultos e Consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Contato: raquelptl@gmail.com

que não alteram o cenário de desigualdades e de exclusão, justamente aos grupos populacionais com maiores necessidades em saúde?

Será que não estamos só reproduzindo consultas, pedidos de exames, procedimentos, encaminhamentos intermináveis, sem nos preocuparmos se essa prática tem sido capaz de melhorar a qualidade de vida dessas mesmas populações, ou ainda, de interferir positivamente nas suas condições de saúde?

Somos agentes defendendo a vida das pessoas ou reproduzimos a violência institucional, através de barreiras impostas por horários restritos; rotinas e procedimentos burocráticos que não respeitam as diferenças, vulnerabilidades e singularidades; cartazes que intimidam os usuários para que não manifestem qualquer tipo de insatisfação?

Aprendemos com os usuários ou pensamos que somos detentores do saber/poder e nosso papel é de “ensiná-los” a ser e pensar como nós?

Como se dá a organização dos processos de trabalho? Considerando que todos os trabalhadores são produtores de conhecimento, ou dividimos os profissionais entre os que pensam e os que fazem, entre os que mandam e os que obedecem?

Ao reafirmarmos o SUS como um sistema cujos princípios fundamentais são a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular, precisamos encontrar métodos de inclusão democrática de todos os sujeitos e coletivos envolvidos em seu desenvolvimento. Porque, de fato, acreditamos que somente com a participação de todos – trabalhadores da saúde, gestores e usuários – será possível superar os imensos desafios que existem para sua consolidação.

A idéia de participação da sociedade na formulação das políticas públicas de saúde e também no acompanhamento e na avaliação de sua execução não se configuram como algo de menor importância. A população precisa ter acesso às informações sobre os modelos de atenção e de gestão, seus pressupostos, métodos e resultados. Deve entender como se dá o financiamento das ações, para que possa ajudar a decidir as prioridades e acompanhar a implantação de programas e projetos e o cumprimento dos planos e metas. O monitoramento dos gastos públicos só é possível se essa população puder ter acesso às informações e formar capacidade de reflexão crítica sobre as políticas de saúde, porque é para ela que as políticas públicas existem.

Um movimento verdadeiramente humanizador das práticas em saúde não pode deixar de alterar essa lógica de exclusão de Sujeitos. Segundo Paulo Freire (1992), “a desesperança nos imobiliza e nos faz sucumbir ao fatalismo onde não é possível juntar as forças indispensáveis ao embate recriador do mundo. Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico”.

Sabemos também que não é suficiente ter esperança. É preciso educar nossa esperança com nossa prática, através da análise política conjunta e do exercício da solidariedade, da correção de rotas, quando for o caso, para a consolidação do SUS que queremos – e que pode dar certo.

Referências Bibliográficas

BENEVIDES DE BARROS, R.D.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Rio de Janeiro, v. 9, nº 17: p. 389-394, mai. 2005.

BENEVIDES DE BARROS, R.D.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10(3): p. 561-571, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

MERHY, E.E.; ONOCKO CAMPOS, R.T. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: apoiador, experiências partilhadas, soluções coletivas**. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Humaniza SUS: clínica ampliada**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: gestão e formação no processo de trabalho**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: gestão participativa, co-gestão**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª.ed.. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, D.F., 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª.ed. atual. Brasília, D.F., 2003

SANTOS-FILHO, S.B. **Planejamento e avaliação local: um jeito humanizado de utilização de indicadores**. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Sistematização de Assistência de Enfermagem

Ana Aparecida Bersusa¹
Cristina Rossi de Almeida Alonso²

Introdução

A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento científico-metodológico do cuidar, baseado na solução de problemas e que resulta em intervenções profissionais de enfermagem nos problemas de saúde e nos processos vitais dos indivíduos, família e comunidade. É uma atividade privativa do enfermeiro, prevista na Lei 7498, de 25 de junho de 1986.

A SAE é o termo mais utilizado na atualidade, podendo também receber outras denominações como Processo de Enfermagem, Consulta de Enfermagem e Metodologia de Assistência. O primeiro momento desse processo é o levantamento de dados sistematizados, o “Histórico de Enfermagem”, utilizando-se o exame físico e a entrevista enquanto instrumentos. Em seguida, esses dados são agrupados e nomeados: trata-se do “Diagnóstico de Enfermagem”.

Há várias taxonomias norteando esses agrupamentos. Uma delas é North American Diagnoses Association (NANDA), que se tornou a mais conhecida e utilizada pela enfermagem brasileira nas últimas décadas. Poderíamos, a ‘grosso modo’, comparar a taxonomia com o Código Internacional de Doenças (CID), utilizado pelos médicos para encontrar descrições padronizadas para as patologias. A Enfermagem se diferencia na forma de definição e denominação dos sinais e sintomas a partir de características relacionadas com processos individuais, familiares e coletivos e não, especificamente, com a doença.

Desta forma, em Enfermagem, um mesmo indivíduo pode ter vários diagnósticos que vão exigir condutas específicas. A esta etapa chamamos “Prescrição de Enfermagem”. São individualizadas e devem ser cumpridas por todos os profissionais da equipe: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro, que registram em suas “anotações” as respostas dos indivíduos frente ao cuidado executado. À análise da resposta do paciente aos cuidados de enfermagem denominamos “Evolução de Enfermagem”.

A Humanização na Assistência à Enfermagem

Não parece de difícil compreensão identificarmos a SAE como desejável para uma Assistência Humanizada, pois o processo de trabalho da enfermagem torna-se menos mecânico, individualizando o cuidado e estendendo-o para a família e comunidade.

O processo de trabalho mecânico foi fruto do taylorismo, implantado depois da Reforma Industrial, momento em que a prática de enfermagem tornou-se fragmentada e pessoal tratando o indivíduo com uma “máquina”. Até

hoje sofremos o efeito deletério deste enfoque, ao encontrarmos, em muitas instituições, uma divisão de trabalho no cotidiano centrada em tarefas, como por exemplo: o auxiliar X, responsável pela higienização de todos os pacientes; o auxiliar Y, pela verificação dos sinais vitais e o auxiliar W, pela medicação.

Quando o processo de trabalho é norteado pela SAE verificamos que esses mesmos auxiliares são responsáveis por pacientes, respondendo integralmente pelos cuidados prescritos pelo enfermeiro, passando, então, o auxiliar X a responder pelos pacientes A, B, C, o outro auxiliar pelo D, E, F e assim por diante.

O cuidado individualizado permite que os profissionais fiquem mais próximos dos pacientes e consigam reconhecer sentimentos e emoções que vão norteando a esfera de cuidados. Às vezes o paciente é internado e tem alta com a mesma pressão arterial ou temperatura corporal que foi verificada três vezes ao dia durante sua estadia no hospital, mas essa mesma equipe não conseguiu minimizar a angústia e o medo que o indivíduo e sua família sentem ao lidar com o seu problema de saúde. A forma rígida nomeada por “Normas e Rotinas Hospitalares” enquadram os profissionais de enfermagem, impedindo-os de pensar de forma individualizada, humanizada e integral, tornando-os meros cumpridores de tarefas.

Outro fator de risco a que o trabalho fragmentado pode conduzir são as falhas humanas, sendo hoje o “erro de medicação” o mais apontado pelos serviços de saúde como interesse de resolutividade. A assistência individualizada concentra a atenção do profissional no indivíduo e não na tarefa a ser cumprida, por si só; ou seja, quando ele administra a medicação, sabe quem é o paciente, seu nome, seu problema de saúde, os efeitos que essa medicação vem apresentando naquele indivíduo e outras características que o auxiliam na minimização dessas falhas.

Além dos benefícios já citados referentes ao papel da SAE na assistência humanizada, podemos também apontar como positivos: o preparo do paciente e família para o auto-cuidado; a satisfação do profissional ao sentir-se mais autônomo e respeitado na equipe e pelo usuário; a comunicação facilitada entre a própria equipe e a multiprofissional; o direcionamento para a passagem de plan-

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: ana-bersusa@ig.com.br

² Enfermeira, Especializada em Saúde Pública e Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde I do Centro de Desenvolvimento da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. Contato: calonso@saude.sp.gov.br

tão e subsídios para auditorias. Enfim, a implantação/implementação da SAE nos serviços de saúde resgata o real papel do enfermeiro focado desde Florence Nightingale, quando se pensava no paciente dentro de um ambiente saudável reduzindo, assim, as infecções e restabelecendo a vida de vários soldados, e que precisa ser retomado pelas enfermeiras, ampliando o seu pensar/fazer no humano com todas as suas interfaces e contextualizações.

Por acreditar que a SAE seja o instrumento para esse resgate, a partir de 2003, com iniciativa de representantes da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), Coordenadoria de Região Metropolitana de Saúde (CRM) e o Instituto de Saúde (IS), foi iniciado o projeto “Tecendo a SAE”. Tal iniciativa, primeiramente, realizou um diagnóstico centrado nas ações de execução da SAE em cada instituição, que depois foram mapeadas e serviram de subsídios para o delineamento do planejamento de implantação para as instituições que nada executavam e para a implementação das que já haviam tido iniciativas próprias em sua adoção.

Hoje, depois da reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, o escopo do projeto tornou-se ainda maior, abarcando todos os hospitais estaduais do interior e da Grande São Paulo, além dos ambulatórios de especialidades médicas da capital. Esse trabalho motivou o crescimento do grupo, que se fortaleceu, principalmente, devido aos novos representantes agregados, permitindo a constituição de uma comissão central com representações dos hospitais gerais e específicos, ambulatórios, do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos, do Colegiado dos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde, além daqueles que iniciaram o projeto. A demanda também exigiu a constituição de comissões locais com interlocutores que fazem um elo de ligação do centro com as bases. Agora estamos realmente tecendo uma teia humana, na qual temos profissionais humanos discutindo e planejando ações para pacientes humanos.

Programa Jovens Acolhedores

Neil José Sorge Boaretti¹

Pesquisa do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), de 2003, mostra que um dos principais motivos de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) estava relacionado à qualidade do atendimento na recepção e demora nas filas. Pesquisa Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde, também realizada em 2003, demonstra que, apesar dos entrevistados se declarem muito insatisfeitos com o sistema de saúde (aquí considerado tanto o público, quanto o privado), constatou-se que a satisfação com o atendimento está relacionada à qualidade do tratamento por parte dos profissionais, ao cuidado recebido e à solução do problema.

Pesquisa interna realizada pelo Ibope também aponta índices de insatisfação com a qualidade da recepção dos hospitais da Secretaria de Estado da Saúde. Além disso, a experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente dos serviços de saúde podem ser minimizadas quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita, tanto os usuários, como aqueles que cuidam: atores essenciais para a Humanização.

A partir destas bases, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), dentre as várias ações de Humanização desenvolvidas, instituiu, a partir de 2003, o “Programa Jovens Acolhedores”, criado no mesmo ano pela Resolução SS 112 e modificada pela Resolução SS 103, de 2005. Com elas tenciona qualificar a recepção dos usuários que se dirigem aos serviços de saúde, proporcionando-lhes acolhimento humanitário e adequada orientação e encaminhamento, com os seguintes objetivos:

- humanizar o atendimento dos usuários;
- propiciar aos usuários, no seu ingresso nas unidades de saúde, orientação eficiente, encaminhamentos precisos e atenciosos, ensejando adequada adesão aos tratamentos.

Inicialmente, a SES/SP implantou este programa em três hospitais da cidade de São Paulo: em dois deles a recepção dos usuários era feita por universitários e, no outro, por pessoas com experiência em voluntariado. Após seis meses de experiência bem-sucedida nos três hospitais, optou-se pela implantação do programa com a participação de universitários, tendo em vista um modelo já existente (Programa “Escola da Família”), no qual esses estudantes têm direito à bolsa de estudos, mediante convênio com instituições de ensino superior. Essa opção caracteriza outro objetivo do programa: incentivar a integração e a participação de estudantes nos projetos inseridos em sua comunidade, através de ações de interesse social.

O “Programa Jovens Acolhedores” tem como característica não possuir critérios sócio-econômicos de inclusão dos interessados, limitando-se a um sorteio dos inscritos, que é seguido por um treinamento seletivo, independentemente do curso que realiza, embora haja predomínio de inscritos da área da Saúde.

Cada sorteio tem o seguinte ciclo: definem-se, mediante convocatória pública e assinatura de convênio, as instituições de ensino privadas parceiras e quais os cursos participarão do programa, que podem estar ligados a qualquer área do saber. Concomitantemente, as unidades de saúde que deverão participar são definidas, bem como o número de bolsas disponíveis. É, então, aberto um período de inscrições (feitas somente pela internet no site www.saude.sp.gov.br), onde cada universitário indica em qual unidade de saúde deseja concorrer. Após o término das inscrições é executado um sorteio eletrônico e as bolsas distribuídas de forma democrática.

O participante contemplado com a bolsa de estudos, após comprovar que está regularmente matriculado no curso indicado, participa de um “Treinamento Seletivo”, cujo objetivo é identificar, entre os contemplados, as competências necessárias ao desempenho das funções de acolhimento, além de promover integração e proporcionar o conhecimento da unidade de saúde.

Durante o período de em que desenvolve as atividades de acolhimento (20 horas semanais), o universitário participa de um curso denominado “Conteúdo Formativo” e das atividades de Supervisão.

O Conteúdo Formativo é desenvolvido com os seguintes temas: Conceito de Saúde e Doença, Aspectos Psíquicos do Adoecer, Aspectos Psico-sociais Presentes nas Relações Humanas, Sociabilidade e Comunicação, Direitos Sociais, Cidadania e Participação na Comunidade, Processo de Trabalho na Instituição de Saúde, Políticas de Saúde: SUS e seus princípios, Humanização da Assistência a Saúde e Ética.

Inclui também o desenvolvimento de competências: conhecimentos, habilidades e atitudes relativas à Recepção Humanizada, enfatizando conhecimentos de Saúde Coletiva, cidadania e compreensão das dimensões humanas do adoecimento da população a quem atende, de modo que possa exercer de fato a escuta de suas necessidades.

As atividades de Supervisão são desenvolvidas por profissionais da própria unidade de saúde, com experiência

¹ Psicólogo, Mestrando em Saúde Coletiva da Santa Casa de São Paulo e Assistente Técnico de Direção da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: nboaretti@yahoo.com.br

em processos de humanização e recursos humanos, e visa à atualização das rotinas e o desenvolvimento de competências. O supervisor é alguém que ajuda na identificação e no enfrentamento de problemas e auxilia a preparação do estudante para a “Escuta Aberta”.

Cabe ao jovem acolhedor a promoção do encontro entre usuário e instituição de saúde, por meio de atitude cuidadosa, disponível como “Escuta Aberta” às necessidades do usuário, e pela capacidade de orientar sua inclusão dentro do sistema de saúde onde se dá a “Escuta Qualificada”, exercida pela retaguarda técnica.

O “Programa Jovens Acolhedores” disponibilizou 740 bolsas de estudo em 2006, distribuídas em 47 unidades de saúde da SES/SP: centros de saúde, núcleos de gestão assistencial, centros de referência e departamentos de perícias médicas, hospitais especializados e hospitais gerais, tanto da capital e Grande São Paulo, quanto do interior do Estado.

Em 2004, no primeiro sorteio, foram dadas 470 bolsas para 29 unidades de saúde e, em 2005, 600 bolsas para 39 serviços. Atualmente são conveniadas 50 instituições de ensino superior privadas, além de 50 cursos de várias áreas do saber.

A participação dos universitários nas diversas unidades de saúde da SES/SP tem sido importante tanto para os usuários, quanto para as instituições de saúde. Para os usuários, os “Jovens Acolhedores” se tornaram uma referência em qualidade no atendimento, fornecendo informações precisas, qualificando a relação recepção/usuário com parâmetros de solidariedade e cidadania. Esses usuários têm participado, também, das mais diversas atividades de humanização: eventos educativos e datas comemorativas.

O “Programa Jovens Acolhedores” proporciona aos universitários a vivência e conhecimentos sobre saúde pública, experiência pessoal no desenvolvimento das atividades de atendimento ao público, além da bolsa de estudos, possibilitando a sua integração nos vários projetos desenvolvidos na unidade em que participa.

Em relação às unidades de saúde, esses estudantes, com suas sugestões e observações, bem como por sua característica de universitários de várias áreas do saber, têm contribuído para mudanças estruturais, com propostas de alterações no ambiente de trabalho e nos processos instituídos, revendo fluxos e rotinas.

O “Programa Jovens Acolhedores” é inovador e situa-se num ponto de convergência entre os interesses da administração pública, instituições de ensino privadas e jovens universitários, cujas metas buscam: a maior satisfação do usuário, a abertura de espaço de comunicação entre usuário e instituição e a integração e a participação desses estudantes e de suas instituições de ensino no SUS.

No seu quarto ano, este programa aponta perspectivas de trabalho em duas direções: interna e externa.

Internamente o programa vem provocando a discussão de demandas para aumento do número de vagas e de unidades de saúde participantes. Também está em estudo a ampliação do período de vigência das bolsas, bem como dos outros benefícios que poderiam ser agregados.

O conteúdo formativo deve ser cada vez mais aperfeiçoado para atender às necessidades dos alunos de diferentes áreas, provocando uma reflexão sobre a prática e a organi-

zação dos serviços de saúde. A realização de um curso de capacitação em “Educação Permanente” para os supervisores e coordenadores está em fase de planejamento.

Externamente, o programa deve se “aproximar” ainda mais das instituições de ensino, ampliando as possibilidades de trabalho no desenvolvimento de projetos vinculados à formação em Saúde e, incentivando a participação dos estudantes em projetos inseridos em sua comunidade.

Conte Comigo: um instrumento de gestão para atendimento ao cidadão

Mônica Lima Carvalho¹
Maria Regina Miranda Grubba²
Rosana Carbone Marques³

Oportunidade Percebida

Desde o ano de 2003, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), através da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (hoje Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS), vem desenvolvendo um projeto de Modernização dos Hospitais de Administração Direta, visando proporcionar serviços com qualidade aos usuários. Os primeiros hospitais a serem objeto do “Projeto de Modernização”, como hospitais-pilotos, foram: Hospital Brigadeiro, Centro de Referência de Saúde da Mulher, Hospital Infantil Darcy Vargas, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Geral de Vila Penteadado, Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e o Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese.

Em função deste projeto, e visando desenvolver um sistema de forças que favorecesse a mudança de cultura dessas instituições hospitalares, a Coordenadoria buscou identificar qual a melhor oportunidade que teria para desenvolver este sistema de forças que induzisse às mudanças necessárias.

Solução Adotada

Após análise da situação em cada um dos sete hospitais participantes deste projeto de modernização, concluiu-se que a força que maior efeito traria para uma mudança cultural deveria ser de caráter externo ao hospital, já que, com isto, estaria imune a pressões de ordem corporativa e cultural – aqui colocado no sentido de cultura institucional. Assim sendo, optou-se pela implantação de um sistema de atendimento ao cidadão – denominado “Conte Comigo” – e que tem como objetivo a introdução de uma cunha de modernidade nas instituições por meio da participação do usuário na gestão. Assim, o “Conte Comigo”, além de sua função de apoio ao cidadão, no atendimento às suas necessidades dentro de cada hospital, tornou-se um serviço de assessoramento às altas administrações, promovendo mudanças na cultura de seus diferentes setores.

Cabe destacar que cada “Conte Comigo” possui uma sala, em lugar visível, sinalizada e acessível ao paciente para que seja dado ao usuário um atendimento personalizado sempre que necessário. Existem também caixas de coleta de sugestões com os impressos de avaliação em satisfação colocados ao lado para o caso do paciente, ou acompanhante, não desejar ser atendido pessoalmente.

De qualquer maneira, no impresso de avaliação em satisfação existe um campo onde se informa ao cidadão que ele poderá se identificar, caso queira saber os resultados de sua avaliação, crítica ou reclamação. O compilamento dos dados obtidos pela avaliação de satisfação gera um Relatório Mensal de Informação Hospitalar (RMIH), do “Conte Comigo”, e este é encaminhado pelos hospitais à CSS para análise dos dados.

Quando uma reclamação não pode ser resolvida diretamente pelo “Conte Comigo”, ela é enviada à chefia da área responsável pelo setor, processo ou funcionário objeto da reclamação, com um prazo máximo de cinco dias para resposta efetiva e resolutive do questionamento levantado pelo cidadão.

O projeto, tal como foi desenvolvido, preocupou-se com a formação do pessoal técnico da CSS e, através de seminários, palestras e do próprio fórum do “Conte Comigo”, vem proporcionando esta mesma formação aos servidores dos hospitais que já participam do projeto. Tal preocupação se deve ao fato de a CSS ter pretendido implantar este mesmo programa nos outros hospitais da Região Metropolitana e, com a reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde, ocorrida em 2005, também nos hospitais do interior do Estado.

Para tal, conta com a formação já propiciada e cada um dos sete hospitais está respondendo pela capacitação de pelo menos mais quatro ou cinco hospitais dos 35 que não fizeram parte do projeto-piloto de modernização hospitalar. Hoje, o “Conte Comigo” já está implantado em mais 30 Unidades de Saúde, sendo 18 na Região Metropolitana de São Paulo e no interior do Estado.

Vertentes do Programa

Com esta visão ampliada de um serviço de atendimento ao cidadão, o trabalho passou a ser desenvolvido por funcionários dos hospitais, que passaram a compor as equipes do “Conte Comigo”, direcionando-se para três grandes grupos de atividades vinculadas ao atendimento ao cidadão.

¹ Fonoaudióloga, especializada em Promoção de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Diretora Técnica de Divisão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mlcarvalho@saude.sp.gov.br

² Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Coordenadoria do Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: mgrubba@saude.sp.gov.br

³ Médica Pediatra, com especialização em Nefrologia Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rosanacarbone@terra.com.br

a) Ouvir, orientar e atender ao cidadão:

A primeira é a de atender ao cidadão buscando solucionar possíveis problemas que encontre no tocante aos serviços que demanda. Reorientá-lo, ouvir suas reclamações, buscar soluções, quando em situação de dificuldades, com respeito a si próprio ou a familiares, buscando apoiá-lo, em um ambiente onde as pessoas já se encontram fragilizadas e se sentem, na maioria das vezes, desamparadas.

b) Dar apoio ao cliente interno:

A segunda é referente a fornecer informações para o cliente interno no que diz respeito à qualidade dos seus serviços, por meio da avaliação de satisfação dos usuários. Através deste atendimento, temos como avaliar a diferença que existe entre a qualidade técnica objetivada e a realmente percebida pelo cidadão e buscar que estas duas facetas da qualidade se aproximem. Uma outra forma de apoio ao cliente interno está na possibilidade de ele também apresentar sugestões aos diferentes setores da instituição. Uma postura importante, com relação a esta forma de apoio ao cliente interno, é que todas as queixas, reclamações, sugestões etc., devem ser vistas como fator de melhoria da qualidade dos processos, tanto da área meio, como da área fim.

c) Constituir-se num instrumento para a qualidade:

Cabe ressaltar que ao implantar o "Conte Comigo", a Secretaria de Estado da Saúde não se propôs a implantar balcões, salas ou simplesmente serviços burocráticos. Na verdade, a intenção, concretizada, foi a de implantar um instrumento de gestão onde a qualidade do atendimento ao cidadão é o marco de todas as ações.

Resultados e Discussão

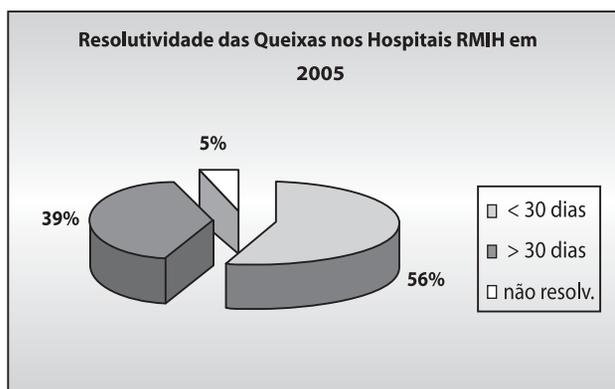
Os resultados mais importantes até agora alcançados são aqueles referentes à mudança de cultura que já se percebe no trato com o cidadão nos hospitais onde o "Conte Comigo" foi implantado. Além disso, muitas considerações, reclamações, queixas e sugestões têm sido acatadas pelas diretorias dos hospitais e, a partir delas, várias modificações são introduzidas, tanto em sistemáticas da área fim, quanto em melhorias na estrutura. Como exemplos, podemos citar: a capacitação de funcionários, ampliações em horário de visitas, melhorias nas acomodações de espera e de áreas assistenciais, melhora nos fluxos e rotinas etc.

Estas medidas, algumas de resolução extremamente simples, foram resultantes das avaliações feitas pelos usuários, pelos funcionários dedicados ao "Conte Comigo" e pelas gerências e diretorias, a partir destas avaliações. Cabe ainda destacar que a relação entre os pacientes e os profissionais dos hospitais onde se implantou o "Conte Comigo" mudou sensivelmente para melhor. Foi observada a redução da rotatividade de médicos e do pessoal da área da saúde, em função da redução do nível de tensão nas relações hospital-paciente.

Um outro resultado importante, e que merece ser des-

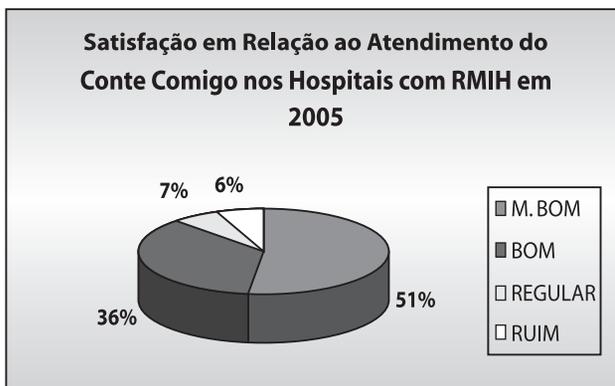
tacado, pela sua novidade no setor público, é o fórum constituído pelos servidores do "Conte Comigo", que se reúne mensalmente com a finalidade de discutir assuntos de interesse do programa, visando um "benchmarking" interno. Tais reuniões estão sendo coordenadas pela Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS e têm dado oportunidade para que os hospitais apresentem suas experiências nos campos da padronização de procedimentos, planejamento, qualidade e atendimento ao cidadão. Um subproduto importante deste fórum é o aumento da interação entre os hospitais em geral e os diversos "Conte Comigo" em particular, levando a um melhor atendimento ao cidadão pela sinergia de suas forças.

A seguir, o gráfico I aponta que quase a totalidade das queixas recebidas e encaminhadas pelo "Conte Comigo" foram resolvidas, sendo a maioria num prazo inferior a 30 dias, demonstrando resolutividade. O gráfico demonstra ainda que o "Conte Comigo" vem se configurando como um canal de participação da população para a solução de seus problemas junto à administração hospitalar.



Fonte: RMIH – CSS/SESSP

O gráfico II, demonstra que o "Conte Comigo" vem recebendo a aprovação de grande maioria de seus usuários, perfazendo um total de 87% de avaliações consideradas "muito bom" e "bom" de sua atuação.



Fonte: RMIH – CSS/SESSP

Considerações Finais

A grande característica de inovação deste programa vincula-se ao fato de o atendimento ao cidadão estar sendo utilizado como instrumento da qualidade, facilitando informações às direções dos hospitais com a finalidade de tomar atitudes transformadoras, muito além do simples atendimento pontual ao nosso usuário. Este programa, como impacta diretamente aos serviços e aos responsáveis por eles, tem provocado uma mudança de cultura nas instituições, onde o cidadão passa a ter voz ativa. Por isso mesmo, os servidores têm mudado de uma postura meramente contemplativa para outra mais pró-ativa e criativa, buscando prevenir problemas e solucioná-los com os recursos disponíveis.

O Programa “Conte Comigo” contribui para a efetivação da Lei 10294/99, de Proteção e Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo, nos hospitais de administração direta da SES/SP, favorecendo a garantia de seus direitos básicos quanto à informação, à qualidade na prestação do serviço e à participação na gestão.

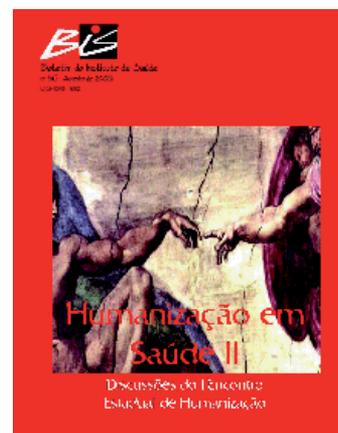
BIS - números já editados



Nº 38 - 04/2006
Memória em Saúde



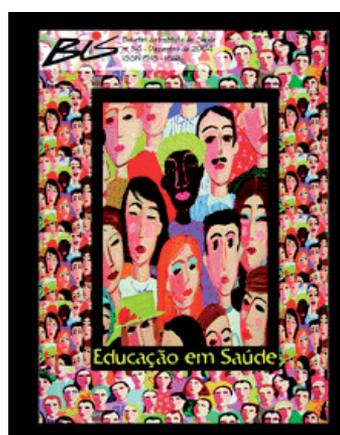
Nº 37 - 12/2005
Programa de Saúde da Família



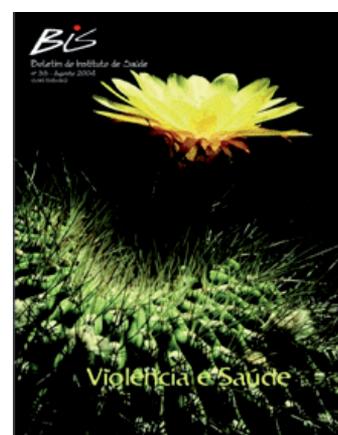
Nº 36 - 08/2005
Humanização em Saúde II



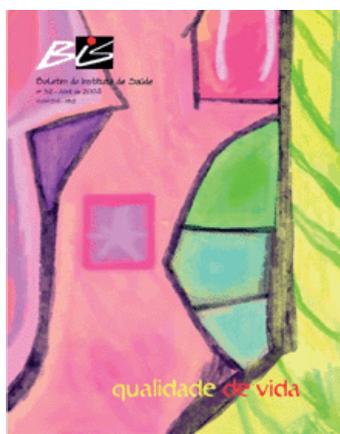
Nº 35 - 04/2005
Ética em Pesquisa



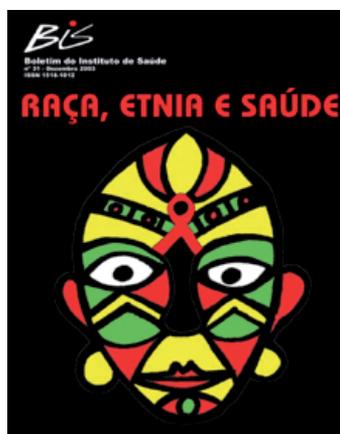
Nº 34 - 12/2004
Educação em Saúde



Nº 33 - 08/2004
Violência e Saúde



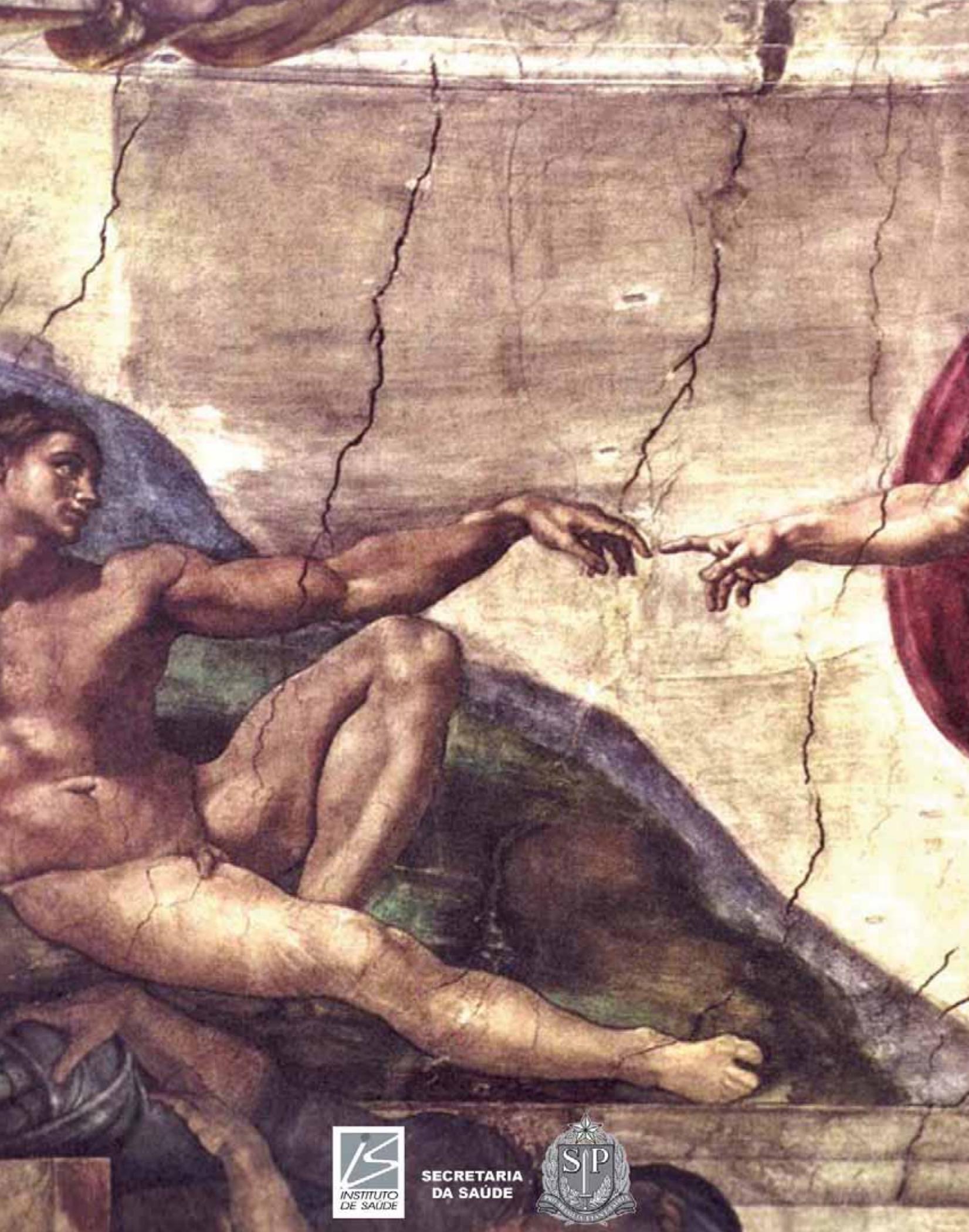
Nº 32 - 04/2004
Qualidade de Vida



Nº 31 - 12/2003
Raça, Etnia e Saúde



Nº 30 - 08/2003
Humanização da Saúde



SECRETARIA
DA SAÚDE

