



Boletim do Instituto de Saúde

nº 36 - Agosto de 2005

ISSN 1809-7529



Discussões do I Encontro
Estadual de Humanização



Sumário

❖ Editorial	3
❖ Humanização da Assistência à Saúde	4
❖ Implantando a Humanização na SES	6
❖ Inclusão Social	8
❖ Participação da Sociedade Civil no Cotidiano da Instituição	10
❖ Formação em Humanização	13
❖ Canais de Comunicação com o Usuário	16
❖ Qualidade de Vida no Trabalho	18
❖ Atendimento aos Usuários Especiais	21
❖ Humanização do Parto e Nascimento no Estado de São Paulo	25
❖ Traduzindo a Política de Humanização nos Serviços	27

BIS - Boletim do Instituto de Saúde
nº 36 - Agosto 2005 ISSN 1809-7529
Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.
Tiragem: 2000 exemplares
R. Santo Antônio, 590 Bela Vista
Cep: 01314-000 São Paulo-SP
Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772
E-mail: editora@isaude.sp.gov.br
homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde - SP
Luiz Roberto Barradas Barata
**Coordenadoria de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos de Saúde**
Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa
Diretor do Instituto de Saúde
Alexandre Domingues Grangeiro

Expediente:

Editor: Paulo Henrique D'Ángelo Seixas
Editoras Assistentes: Cleusa Maria Gomes de Abreu, Sonia Isoyama Venâncio e Sandra Regina de Souza
Comissão Editorial: Carmen C. Paulenas; Lenise Mondini; Marcelo Rouanet; Marisa Feffermann; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Sandra Greger; Sílvia Bastos; Vânia Feres
Colaboradores: Ana Aparecida Sanches Bersusa, Ana Lúcia Silva, Cláudia Medeiros de Castro, Cleusa Maria Gomes de Abreu, Danaé Terezinha Nogueira Conversani, Elza Ferreira Lobo, José Carlos Seixas, Liamar Aparecida dos Santos, Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, Mirsa Elisabeth Dellosi, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Sandra Regina de Souza.
Editoração: Nelson Francisco Brandão
Capa: Michelangelo - Detalhe da obra "A criação de Adão" - Capela Sistina
Apoio Logístico: Núcleo de Informática-IS
Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação-IS



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Ciência,
Tecnologia e Insumos
Estratégicos de Saúde



Editorial

Paulo Henrique D'Angelo Seixas¹

Mais uma vez humanização!

Sempre que discutimos o tema surgem inúmeras reações sobre a propriedade e adequação do termo (afinal somos todos humanos), sobre a superficialidade das abordagens, sobre a importância de reorganizar o sistema e os serviços e não buscar subterfúgios, etc. etc. Evidentemente, todas as considerações acima têm sua parte no caleidoscópio da verdade.

Entretanto é inegável que a atual preocupação com a humanização reflete um incômodo evidente com a qualidade e a integralidade da atenção prestada ao usuário dos serviços de saúde, no nosso caso especial, públicos. Incômodo este que parece estar associado a duas ordens de questões: por um lado, a uma correta indignação com processos assistenciais inadequados e coisificadores da condição humana dos usuários do sistema e de seus trabalhadores. Por outro lado, esta indignação nem sempre corresponde a uma piora objetiva (com os limites que este termo possa representar), das condições de atendimento, mas para além disso, pode representar também um aprofundamento, uma apropriação individualizada, afetiva do direito constitucional à saúde. Não basta mais apenas garantir o acesso, é necessário que o processo todo se dê de forma adequada e satisfatória para todos. Até porque parte dos elementos desencadeadores desta desumanização são decorrentes de avanços necessários e desejáveis para a atenção à saúde como o acesso universal, o desenvolvimento tecnológico e a conseqüente institucionalização do cuidado, além da redução nas barreiras hierárquicas e culturais na sociedade, inclusive entre

profissionais e pacientes, como aponta José Carlos Seixas. Se tais determinantes são impossíveis de serem desmontados e representam inclusive conquistas sociais efetivas, é necessário, entretanto, um longo e cuidadoso trabalho para lidar com algumas de suas conseqüências: a fragmentação do cuidado, a redução no tempo da relação, a impessoalidade, o volume de atendimento, a complexidade para a gestão, as tensões intra e entre equipes.

Portanto, mais do que a constituição de um conceito muito bem definido sobre o que é humanização, parece-nos mais importante fortalecer as ações institucionais, os encontros entre as pessoas e os grupos dentro dos serviços e a promoção de ações de gestão do sistema que apontem no sentido de recuperar, ou, melhor, construir de fato o cuidado integral e integrado aos cidadãos/usuários do sistema de saúde. Esta revista, portanto, pretende apresentar um pouco das reflexões, bem como de parte das iniciativas desenvolvidas dentro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na construção necessária deste caminho, através das discussões do I Encontro Estadual de Humanização ocorrido em 2004.

¹ Coordenador do Comitê de Humanização e Coordenador da Coordenadoria de Recursos Humanos

Humanização da Assistência à Saúde

José Carlos Seixas¹

Introdução

Este texto deriva do trabalho “Humanização da Assistência à Saúde”, apresentado no 1º Encontro Estadual de Humanização, em São Paulo, nos dias 9 e 10 de Dezembro de 2004.

O Resgate da Humanização da Assistência

Você, profissional da saúde, sente, reconhece, concorda, que a assistência à saúde está, ou, está ficando muito “desumanizada”?

Você vivenciou ou foi informado de que a “assistência à saúde” era muito mais “humanizada” no passado do que atualmente?

Você crê que a humanização da assistência à saúde é algo a ser obtido, ou a ser recuperado?

Se “Humanização da Assistência” for algo a ser conquistado, vamos ao “imaginário” futurista, para se caracterizar o que se quer...e haja teologia, filosofia, sociologia, história, psicologia...

Se “Humanização da Assistência” é algo que se perdeu, e que se quer reconquistar e praticar, creio ser bom caracterizar bem o que se quer recuperar, de essencial, deste “arquétipo” desejado (“Se não sabemos aonde queremos chegar, qualquer caminho serve e poderemos chegar a nada”).

Relacionamento Interpessoal do Paciente com o Médico

No relacionamento interpessoal do “paciente com o médico”, ou, do usuário com o profissional de saúde, o cliente sentia-se acolhido, apoiado e tranqüilizado pelo prestador da assistência:

Ser acolhido: na condição de pessoa, gente, um igual, mas com uma incapacidade ou fragilidade física ou psíquica, valorizada a partir de determinado momento ou circunstância; pessoas com uma dor física, com ou sem sofrimento mental; com uma insegurança quanto ao futuro; pessoa com um medo quanto a sua sobrevivência.

Ser apoiado: por um ou por vários profissionais com capacitação tecnocientífica e psicossocial, a serviço do paciente, para ajudá-lo a superar suas limitações e sofrimentos.

Ser tranqüilizado: pela esperança do profissional de ser sempre possível buscar o melhor, esperança transmitida ao paciente atemorizado.

Na essência, a humanização no atendimento, humanizar é recuperar este tipo de relacionamento interpessoal, sempre que possível, afastando os fatores, as causas que o dificultam, que o destroem e, também, sempre que possível, criando fatores novos que o facilitam. Por que se perdem estas qualidades de relacionamento usuário – prestador de serviços de saúde? Alguma das partes piorou? Ficaram mais indiferentes?...

Os médicos do passado eram pessoas melhores do que os atuais? Os pacientes são mais exigentes hoje do que no passado? Creio que não estão nas diferenças intrínsecas das pessoas, de ontem e de hoje, as razões mais substantivas da mudança, para pior, no relacionamento.

Houve mudanças substantivas, para pior, no relacionamento humano, por conta da formação acadêmica dos médicos, dos profissionais de saúde, nos cursos do passado e nos cursos atuais? Pouco provável. Hoje, diferente do passado, ensina-se, com freqüência, psicologia, sociologia, antropologia, administração pública..., ciências enriquecedoras para melhores relacionamentos interpessoais.

O que mudou, afetando tanto o relacionamento usuário-prestador, na assistência à saúde? Creio que podemos apontar três causas determinantes (mais do que causas condicionantes, onde podemos identificar uma infinidade de causas eventuais) que mudaram as características dos relacionamentos interpessoais entre usuários e prestadores da assistência à saúde:

- 1ª) A complexidade, a diversidade e a complementaridade da tecnologia científica disponível na atual assistência à saúde, com conseqüente melhoria de sua efetividade, qualificável e quantificável.
- 2ª) A rápida evolução na incorporação da ética social e individual (aplicável àquele que tinha tido acesso aos serviços de saúde). Ética social que gerou uma responsabilização para com todos os pacientes, reconhecendo e propiciando o direito de todos ao acesso a todos os tipos de serviços de saúde, provocando uma admirável incorporação de pessoas, até então, marginalizadas da assistência à saúde.
- 3ª) A mudança cultural, dos usos e costumes, nos relacionamentos interpessoais, bilaterais, libertando-os de padrões comportamentais estereotipados e

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

aceitos, facilitadores dos relacionamentos, mas que eram também facilitadores de mecanismos de dominação – alienação e impeditivos de expressões espontâneas e criativas. Seguramente as novas formas de relacionamentos interpessoais, por vezes até mesmo agressivas, são libertárias e progressistas, sempre quando ocorrem em relacionamentos simétricos, entre iguais. Entretanto, eventualmente, são extremamente constrangedoras e aflitivas quando numa “relação assimétrica”, como ocorrem entre usuários e o prestador de saúde por se dar entre dois iguais, em essência, porém, com uma das partes totalmente fragilizada pela “doença”, frente à outra parte, presumível e desejavelmente, segura de suas competências e atribuições.

Para que tal relacionamento seja efetivo e eficaz, não é possível a nenhuma das partes ser totalmente livre e espontânea. Há de ser-se controlado por valorização ética que considere a assimetria da relação, a fragilidade do cliente e a responsabilização do profissional assistente, a ponto de exigir-lhe eventuais sacrifícios pessoais a legítimos direitos de expressão seus, para que o relacionamento não desande e seja bom. Daí porque tal relacionamento exige uma valorização ética especial da parte do profissional.

Interferência Negativa da Modernidade na Relação com o Usuário do Serviço de Saúde

Os três determinantes sócio-culturais da modernidade não são fatores maléficos para a humanidade, pelo contrário, mas trouxeram conseqüências maléficas para o relacionamento usuário – prestador de saúde, e, em princípio, sem culpabilidade pessoal:

- 1º) O desenvolvimento tecnocientífico da saúde – dos profissionais e dos meios materiais, para diagnósticos e terapias (com a exigência de elevada capacitação do setor) – redundou numa inevitável segmentação no relacionamento, que deixou de ser bilateral, para ser de um lado, do lado do paciente, ainda quase unitário, mas, de outro, plural. E mais, com muita redução de tempo necessário e disponível para o relacionamento, por parte de tantos profissionais envolvidos.
- 2º) A ampliação, rápida, do acesso, aumentou muito e também rapidamente, o volume de atendimento por serviços disponíveis, o que necessariamente, redundou numa redução do tempo para um relacionamento interpessoal acolhedor, apoiador e tranquilizador para o paciente.

Daí porque se observa com freqüência que a assistência à saúde deixou de ser um atendimento a uma pessoa, com uma realidade própria e fragilizada, para se tornar uma atenção a uma “coisa” com problemas, a serem considerados e removidos.

Foi a substituição da “assistência humanista” à pessoa, pela “coisificação” da assistência à saúde. Portanto, o oposto à “assistência humanizada” é a “coisificação da assistência à saúde, pela precariedade dos relacionamentos dos usuários como os prestadores de assistência e a ausência de valores éticos a presidí-los.

A “Coisificação da Assistência”

Segundo o Dicionário Aurélio, “coisificação” é reduzir o ser humano, ou elemento(s) ligado(s) a ele, a valores exclusivamente materiais. Tratar como coisa.

Por certo “coisificação” no caso do tratamento do ser humano não é isto. Há centenas de fatores condicionantes que agravam o atendimento “coisificado” e que, sendo superados, tornam menos frágil o atendimento humanizado. A adoção de medidas compensatórias, devidamente utilizadas na assistência à saúde, tornam os relacionamentos interpessoais acolhedores, apoiadores e tranquilizadores, tornam possível, mesmo hoje, uma assistência humanizada.

Um mal ambiente de trabalho, físico e psicossocial, portanto, é fator condicionante, facilitador da “coisificação”. Uma longa demora ou a incerteza de atendimento facilita a “coisificação”. A desarmonia do trabalho em equipe – exteriorizada ou não para o paciente – desqualifica e “coisifica” a assistência, o atendimento. A ociosidade compulsória, sem distração ou entretenimento, em uma espera prolongada ou em uma internação hospitalar, “coisifica”. As tensões, preocupações, aborrecimentos pessoais, até mesmo neuroses mal resolvidas dos servidores, sem mecanismo de superação ou alívio, estouram na presença, ou em cima do paciente, coisificando a assistência.

Como se vê, há centenas, milhares de medidas que, tomadas e desenvolvidas – com consciência clara do que se quer obter – permitirão a retomada e, até mesmo, o aperfeiçoamento de uma assistência à saúde humanizada, que é um componente a mais de assistência qualificada e concorrencial. Na atualidade, a retomada ou a melhoria da assistência humanizada não é um trabalho, um esforço, de um tipo de profissional ou em cima de uma profissão, é um esforço de todas as pessoas pertencentes ao estabelecimento de assistência à saúde e, até mesmo da comunidade onde se insere.

É sempre bom reafirmar que a multi-causalidade de um fenômeno, especialmente social, é um facilitador na modificação da manifestação do mesmo, posto que se pode intervir, simultaneamente em muitas causas. Porém, uma única causa pode, também, determinar múltiplos efeitos e, assim, ao interferir em uma causa, posso obter diversos e diferentes efeitos e resultados.

Assim, é importante ter bem claro aonde se quer chegar, o que se quer obter, quando se interfere numa causa, por exemplo, da “coisificação” da assistência à saúde. Posto que estes fatores determinantes da “coisificação” da assistência não são removíveis, seria impossível o retorno à assistência humanizada?

Implantando a Humanização na SES

Cleusa Maria Gomes de Abreu¹

Introdução

O texto que se segue deriva da mesa “Implantando a Humanização nos Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”, no 1º Encontro Estadual de Humanização. A discussão contou com a presença do Dr. José Antônio Jordão Ribeiro de Araújo Neto (Instituto de Assistência Médica dos Servidores do Estado de São Paulo - IAMSPE), Dr. Vlademir Tabora (Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde), Dr. Renato Naoyuki Tateyana (Hospital Pirajussara) e Tânia Regina Correa de Souza (Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids). Antes contextualizamos brevemente a Humanização no nosso meio. Essa mesa foi coordenada por Cleusa Maria Gomes de Abreu (Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH/SES).

Humanização

O termo humanização vem sendo utilizado amplamente em nossa sociedade com diferentes concepções e valores. Historicamente podemos situar suas raízes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, cuja essência se expressa pela liberdade e o direito de cada um na sociedade.

Na Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde, um novo desafio coloca-se para a sociedade, exigindo intensa reestruturação na área da saúde, em defesa do direito à saúde para todos sem exceção, com qualidade e resolubilidade.

No período de 2000 a 2001, o Ministério da Saúde disponibilizou alguns programas e protocolos relacionados à humanização da assistência à saúde. Como, o Programa de Humanização do Pré - Natal e Nascimento (PHPN), procurando garantir o acesso e qualidade da assistência à saúde da mulher e recém-nascido. O método Canguru estabeleceu normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Em 2000, o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde, abrangendo todos os hospitais dos estados, incentivou a formação das Comissões Hospitalares para promover ações humanizadas na assistência e a valorização dos profissionais de saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde muda o patamar da humanização, a qual deixa de ser programa para estabelecer-se como Política Nacional de Humanização com foco na atenção e gestão de saúde, ressaltando a necessidade da reorganização dos processos de trabalho.

A PNH é constituída por princípios e diretrizes, dentre os quais a valorização da dimensão subjetiva e social, o trabalho em equipe, a grupalidade e a produção de sujeitos coletivos que permeiam todas as ações de humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Como estratégias de

ação, a PNH dispõe de quatro eixos: Gestão, Atenção, Educação Permanente e Controle Social, interligados na produção de saúde.

Na gestão do trabalho, propõe ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão de saúde. Na atenção, incentiva o protagonismo dos sujeitos, a ampliação da atenção integral e a intersectorialidade. Na educação permanente, defende a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são indissociáveis das práticas do cotidiano. No controle social, procura garantir a participação do usuário na discussão e no planejamento de saúde. Assim, a PNH representa um marco importante, estimulando a mudança das práticas de saúde e a disseminação da cultura de humanização.

A Secretaria Estadual de Saúde, atenta aos movimentos e políticas de Saúde, desenvolveu várias ações humanizadas, a exemplo de “Jovem Acolhedor” e “Conte Comigo”, com a finalidade de melhorar a recepção ao usuário no hospital. No período entre 2000 e 2002, implanta Comissões de Humanização nos hospitais da capital, promovendo a cultura para humanização nas práticas cotidianas, com a finalidade de oferecer atendimento acolhedor e qualificado ao usuário, realizando também ações para promover a valorização e resgate da auto-estima dos profissionais de saúde.

Após este breve panorama, é importante assinalar que o conceito de humanização adquire valores que transcendem as práticas assistenciais, podendo ser definido como uma política que na transversalidade perpassa todas as instâncias de Saúde, da atenção e gestão, incluindo profissionais e usuários do SUS.

A Humanização, neste cenário, torna-se ferramenta fundamental para concretizar e/ ou redimensionar a assistência e a gestão de saúde, favorecendo a consolidação do SUS.

Implantando a Humanização

Na mesa “Implantando a Humanização”, do 1º Encontro Estadual de Humanização, os trabalhos apresentados abordaram a humanização através de diversas experiências desenvolvidas nas unidades de Saúde com a finalidade de obter melhor qualidade na assistência à saúde.

O IAMSPE, através do Programa de Humanização direcionado aos usuários e funcionários, desenvolve ações de humanização para estimular a cultura para humanização. Dentre elas destaca-se o espaço de discussão sobre a humanização para os funcionários do hospital, originando o núcleo de humanização do hospital. Em geral, as instituições são constituídas por setores isolados e rígidos, dificultando a comunicação entre as

¹ Psicanalista e Membro do Comitê de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

áreas. Quando se criam espaços coletivos, como o do núcleo de humanização, para a interlocução e discussão sobre o trabalho, as possibilidades de transformação das práticas aumentam. Os grupos de trabalho com referência à PNH “são espaços abertos coletivos de construção para promoção de ações de humanização, que fortalecem as inter-relações das equipes, favorecem a democratização do trabalho institucional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Outras ações de humanização, como aumento no período de tempo no horário das visitas, a brinquedoteca, as atividades dos doutores da alegria, a culinária e a convalescença pela arte, destinadas ao paciente e aos funcionários, representam práticas de humanização que visam ao bem-estar do paciente. As ações direcionadas aos trabalhadores como: jornal para comunicação e as atividades ludo-recreativas, favorecem a valorização do profissional, elevando sua auto-estima.

Outra categoria envolvendo a gestão, representando a Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), relatou a experiência dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais. Além disto, ações de humanização são desenvolvidas, como a brinquedoteca, acolhimento, serviço de atendimento ao usuário, nos hospitais.

Segundo Taborda, os hospitais que, sob contrato de gestão, prevêm a inovação tecnológica, a satisfação do usuário, a melhoria da qualidade, a qualificação do pessoal e a redução de custos, dispõem de pré-requisitos que podem ser negociados. Com este recurso, pode-se garantir melhor qualidade dos serviços oferecidos.

As informações obtidas pelo serviço de atendimento ao usuário - SAU - e pela ouvidoria, permitem que o usuário participe do sistema de Saúde. Vaitsman e Andrade (2005) discutem os conceitos de satisfação do usuário, responsividade e os direitos do paciente. Afirmam que estes conceitos operacionais incorporam a visão do usuário, sendo que as pesquisas de satisfação dão vez ao paciente nos serviços de saúde, enquanto a responsividade, entendida como os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, outorgam-lhes o lugar de cidadão, de sujeitos com direitos universais.

A brinquedoteca como ação de humanização relatada na mesa, representando o Hospital Pirajussara, gerenciado por organização social, está instalada no alojamento das crianças, constituindo-se em espaço lúdico que promove o bem-estar da criança. Arelado à brinquedoteca, é desenvolvido o programa a “Escola vai ao Hospital”, propondo-se a dar continuidade às atividades educacionais desenvolvidas na escola no período em que a criança estiver hospitalizada. Esta ação de promoção de saúde assegura que os direitos da criança sejam preservados, contribuindo para o desenvolvimento infantil.

O programa de humanização do CRT/AIDS apresentado na mesa e coordenado pela Dra. Izabel Cristina Rios desde 2004, está localizado estrategicamente junto à diretoria técnica, incidindo na maneira de planejar e gerenciar as ações de saúde em todas as instâncias da instituição. Estes, acompanhando a Política Nacional de Humanização, que prevê a humanização desde a gestão e atenção em Saúde, vai disseminando a cultura para humanização, culminando

na formação do Comitê de Humanização do CRT/AIDS, representado pelos responsáveis de todas as áreas de saúde do centro.

O comitê, através de suas funções de identificar ações de Humanização, incentivar a cultura de humanização, promover discussão para um padrão de conduta ética, diagnosticar situações de violência institucional, propor ações junto às áreas e estimular a participação comunitária, constrói um plano de ações para a instituição envolvendo todos os atores sociais, assegurando com isso integralidade das ações e disseminação da cultura de humanização.

Durante 2004, o comitê trabalhou para divulgar suas atribuições, entre as quais a discussão da PNH e de novas formas de humanizar. A Ouvidoria ganha um lugar especial na humanização, pois o usuário, ao manifestar sua opinião sobre os serviços, pode contribuir para as transformações necessárias.

O projeto ‘Cuidando do Cuidador’ institui espaço destinado aos trabalhadores com a finalidade de oferecer suporte técnico para as angústias despertadas diante do sofrimento do paciente. O trabalho do CRT/AIDS vai, desta maneira, tecendo artesanalmente uma rede de ações humanizadas, com a participação de todos os atores.

Conclusão

As modalidades de humanização apresentadas nesta mesa mostram diferentes experiências onde, cada uma a seu modo, procura realizar ações de humanização para melhorar as práticas de assistência atuais. Inicia-se assim um processo de reflexão sobre humanização nos serviços de saúde; entretanto, há necessidade de se repensar os modelos assistenciais vigentes considerando a humanização dispositivo que interroga e opera nas práticas cotidianas, na concretude das ações realizadas por sujeitos, através da gestão participativa, da educação permanente e do controle social, para uma efetiva mudança da assistência em Saúde em consonância com o SUS.

Como redefine Benevides e Passos (2005), “a humanização mostra-se estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que os sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de coletivamente transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo”.

Referências Bibliográficas

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.; A humanização na Saúde: um novo modernismo? **Interface Comunicação e Saúde**, julho de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Grupo de Trabalho e Humanização - Cartilha**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Humanização - documento básico para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

VAITSMAN, J; ANDRADE, B.R.G. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização à assistência**. Rio de Janeiro, Saúde e Sociedade, v3, 2005. p.36

Inclusão Social

Mirsa Elisabeth Delloso¹

Introdução

Inclusão social é humanização. Inclusão social é liberdade.

Esse texto relata a experiência dos hospitais psiquiátricos públicos próprios do Estado de São Paulo, trazendo histórias de pessoas que ficaram muito tempo segregadas do convívio social, com vidas reduzidas a pavilhões e pátios, perdendo suas identidades e subjetividades, durante longos anos de internação. Quando contaram com a atenção de equipes preparadas, receberam de volta a dignidade.

Em 07 de abril de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou o ano à comemoração da Saúde Mental, cujo tema foi: “cuidar sim, excluir não”. Esses hospitais, desde que receberam as supervisões e intervenções, têm participado da inclusão social, dando alta a pacientes “moradores”. Hoje não se concebe mais internações psiquiátricas “por tempo indeterminado”. A internação é de curta permanência e o tratamento é ambulatorial. Isto evita a quebra dos vínculos afetivos, sociais e familiares, tão caros a qualquer cidadão e, mais ainda, a quem é portador de transtorno mental.

Essa história não foi sempre assim. Durante décadas o hospital psiquiátrico era o único serviço de tratamento a quem portasse um transtorno mental grave e persistente, os chamados “doentes mentais”, “psicóticos”, “loucos”. Corrigir essa história requer que a conheçamos, para que não haja repetição de seus erros, para evitar que percamos a capacidade de sentir a dor desse outro que sofre e que sou eu, para que não percamos a solidariedade, a capacidade de nos sensibilizar com a dor do outro. Se essa dor é psíquica, uma “dor que ninguém vê”, mas pode ser falada e escutada, podemos incluir socialmente o portador de transtorno mental, apoiando sua família, defendendo seus direitos ao trabalho, ao estudo, à cultura, ao lazer, a morar na cidade.

Mudanças no Atendimento à Saúde Mental no Estado de São Paulo

No final dos anos 80, as supervisões nos hospitais psiquiátricos especializados passaram a observar não só a adequação às normas técnicas vigentes da Vigilância

Sanitária (VISA), como também o tipo de Projeto Terapêutico Institucional praticado.

Através de um roteiro de supervisão, o Grupo de Acompanhamento/Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (GAHP), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), formado por técnicos da VISA e da Saúde Mental, fazia a visita e elaborava relatório detalhado do que tinha sido encontrado nos hospitais. Nessa época, havia também, ao fim da supervisão, a reunião “devolutiva” final, que era realizada entre o grupo de supervisão e a equipe do hospital. Nessa reunião ouvia-se a apresentação do projeto terapêutico, relatado pela equipe do hospital, e, em seguida, o grupo de supervisão apontava o que havia encontrado, anunciando que o relatório final traria em detalhes as providências necessárias para mudar, melhorar a qualidade da assistência prestada. Nessa “devolutiva”, iniciava-se a humanização, pela reflexão e críticas sobre as práticas encontradas.

Nessa mesma época, a humanização dos hospitais psiquiátricos públicos do estado começaram a melhorar as condições de vida dos pacientes internados, através da separação de projetos distintos para pacientes “moradores” – de longa permanência – e outros, como os “agudos” e alcoolistas. Em respeito à Declaração de Caracas, assinada pelo Brasil em 1990, formulou-se que uma das diretrizes políticas da Saúde Mental deste estado seria: “promover a transformação dos hospitais psiquiátricos públicos próprios do Estado em serviços abertos e espaços psicossociais de uso comunitário” (CIPOLLA, 1994). Até então, a grande maioria dos hospitais mantinha os pacientes fechados em pavilhões ou nos pátios.

Com a simultânea expansão da rede de serviço extra-hospitalar comunitário (ambulatorios de saúde mental, oficinas terapêuticas, hospital-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, centros de convivência), os pacientes que deixavam a internação podiam dar seguimento ao tratamento ambulatorial. Atualmente, os CAPs e os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se num modelo de atenção à saúde mental que permitem a inclusão social dos portadores de transtorno mental grave e persistente.

¹ Formação em Filosofia, Psicologia e Psicanálise; Diretora Técnica de Divisão de Saúde/SES-SP.

Entretanto, havia (e ainda há) uma população cativa – pessoas entraram para o hospital e nunca mais saíram. Diversos foram os motivos para manter segregado um número tão alto de pacientes, chamados “moradores”, desde o preconceito em relação ao portador de transtorno mental até a rejeição familiar ao mesmo. Vítimas de uma violência silenciosa, essas pessoas tiveram suas mais simples habilidades ceifadas, restando-lhes um leito qualquer, uma roupa carimbada e horas e dias caminhando para lugar nenhum nos pátios fechados, a maioria destes cimentados, com muros altos, em nome da “segurança”.

Muitas são as imagens que retornam à mente, quando se escreve sobre essas instituições. A desumanização estava presente, especialmente, quando entrávamos nos pátios masculinos e femininos, fortemente separados, e víamos vários homens e mulheres nus. O que mais causava indignação era ouvir o comentário de “técnicos”, dizendo “eles são assim mesmo”, “não gostam de roupa nem de calçados”... , quando então questionávamos: “mas eles chegaram aqui vestidos, calçados, foi aqui que eles se despiram – por quê?”

A instituição psiquiátrica fechada é herança de muitas décadas de segregação, isolamento, repulsa e “higienismo social”. Hoje, aqueles mais de 8000 pacientes “moradores” (2002), internados nos hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, encontrados durante as supervisões, têm uma chance de voltar a viver numa casa na cidade, obtendo a alta hospitalar, negada durante décadas. Hoje, são mais de 1000 “ex-moradores” que voltaram a viver na cidade, recuperando a cidadania, há longos anos negada.

Os hospitais psiquiátricos públicos próprios do estado, após supervisões e intervenções, já deram muitas altas aos seus “moradores”, e suas equipes estão contribuindo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois continuam a reabilitar, em termos psíquicos e sociais, pessoas cuja média de internação é maior que 20 anos. Cuidam para que a desospitalização não seja uma outra forma de exclusão, como já advertia o Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CERQUEIRA, 1984).

Lembramos de um homem lúcido, que possui família localizada e que, na semana em que completava 91 anos de idade, também completava 65 anos de internação. Cabe perguntar: “em nome de qual ciência ele foi mantido assim?”; como uma equipe pode dizer que há pessoas “assim mesmo”, sem, ao menos, esbarrar na ética profissional ou no remoto sentimento de solidariedade?, ou pior, questionar: “mas ele já vive aqui há tanto tempo, será que vai se acostumar lá fora?”. Assim, viver internado ainda é questão de costume para alguns...

Conclusões

Humanizar é dar alta hospitalar aos pacientes “moradores” dos hospitais psiquiátricos, devolvendo-lhes o

direito de ir e vir.

Humanizar é pensar, refletir nas práticas que praticamos e publicar tais reflexões.

A desumanização é a falência do pensamento sobre as práticas, é o medo de dizer em público, o que pensamos.

Quando nos reunimos para pensar em voz alta, fazemos política.

Quando agimos na direção de desospitalizar essas pessoas, fazemos política de saúde mental e nos humanizamos.

Referências Bibliográficas

CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Psiquiatria Social - Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CIPOLLA, Antonia Maria Brandão. **Relatório de Atividades do GEPRO Saúde Mental**. São Paulo: CADAIS – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994.



Participação da Sociedade Civil no Cotidiano da Instituição

Regina Maria Giffoni Marsiglia¹

Introdução

Apresentamos a seguir a discussão da mesa "Participação da Sociedade Civil no Cotidiano da Instituição", realizada no 1º Encontro Estadual de Humanização. As palestras foram realizadas por Cristina Poli (Hospital Mandaqui), Dr^a Maria Lídia Braidatto (Corpo de Voluntários da APAE), Dr^a Raquel Zaicamer (Secretária de Saúde do Município de Itapeverica da Serra/SP e Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COMASEMS) e Sra. Rosângela (Instituto Dante Pazzanese e da Fundação Dr Adib Jatene), e mediadas pela autora.

A Experiência do Hospital Mandaqui

O Hospital Mandaqui, hospital estadual localizado na região norte da cidade de São Paulo, teve sua direção contatada em 1996 pela Promotoria da Justiça Criminal vara de Santana, para que a instituição se abrisse para a prestação de serviços à comunidade como forma de pena alternativa. O hospital é antigo na região, já foi um local de tratamento de tuberculose com vários pacientes e transformou-se em hospital geral, contando com mais de trinta mil atendimentos só no pronto-socorro. Os primeiros questionamentos do hospital foram a respeito de quem eram essas pessoas que estariam ali prestando serviço, o que tinham feito para cumprir pena alternativa e o que iriam fazer na instituição. Assim sendo, percebe-se que o primeiro desafio da proposta foi sensibilizar os funcionários e enfrentar os estigmas que envolvem as pessoas que cometem delitos na sociedade. As infrações cometidas são leves, do tipo que muitos podem cometer por falta de informação ou orientação, o que de certa forma mostrava serem pessoas comuns. Além disso, deveriam executar atividades simples que não exigissem preparo técnico, que não representassem risco para ele e nem para os pacientes, o que de certa forma representaria uma economia de tempo para os funcionários. Por outro lado, uma instituição hospitalar tem a vantagem de poder receber pessoas a qualquer hora e qualquer dia. Constatou-se depois que alguns desses prestadores de serviços à comunidade já conheciam o hospital, já o haviam freqüentado como usuários. Começaram com serviços simples, sem os quais o trabalho do hospital não se desenvolveria: eles poderiam

aprender outras tarefas depois, poderiam também expressar sua satisfação ou não com o que lhes fora apresentado e mudar para outros afazeres, se assim o desejassem. Para estes prestadores de serviço à comunidade, essa experiência deveria ser usada para repensar, em sua conduta, os motivos que os levaram à situação de delito, mas também para adquirir a consciência de que, mesmo nesta situação, eram portadores de direitos. Os funcionários passaram a sentirem-se co-responsáveis pela recuperação daquelas pessoas, e o trabalho de ambas as partes deveria levar a uma mudança de imagem do hospital na comunidade. Com isto, estas pessoas estariam de certa forma ressarcindo a sociedade pelo que haviam causado e sem a pretensão de resolver-se o problema carcerário no país, que necessita evidentemente de outras medidas. Pode ser considerado um trabalho de caráter educativo que procura fazer com que pessoas que cometeram pequenos delitos voltem à posição de cidadãos plenos de direitos e deveres. Com o sucesso desta primeira experiência, ela foi expandida para outros dez hospitais estaduais.

A Experiência da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)

O corpo de voluntários da APAE vem redefinindo os perfis de seus voluntários. Hoje é necessário responsabilidade pelas atividades que desenvolvem e que se qualifiquem para tanto, ao mesmo tempo em que busquem dar sua contribuição para a sociedade sem custos, não apenas resolver seus próprios problemas pessoais. De certa maneira, espera-se que sejam "voluntários profissionais": devem ser selecionados e capacitados para as atividades que vão desenvolver. A solidariedade é uma vocação, nem todas as pessoas a possuem, pois precisam identificar-se com a causa que vão abraçar e buscar uma realização pessoal, ganhando ao mesmo tempo conhecimento. Os conflitos entre o corpo técnico e os voluntários existem no interior das instituições porque os técnicos têm receio de serem substituídos pelo voluntário,

¹ Doutora em Ciências Políticas pela USP; Professora Adjunta do Depto. de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa Saúde e Sociedade, do Programa de Estudos Pós-gradua- dos em Serviço Social e Professora Assistente Doutora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: regimarsiglia@ig.com.br

por isso deve haver uma preparação dos técnicos e dos voluntários antes de ser implantada uma experiência de voluntariado nas instituições. Há inclusive uma exigência para um voluntário desejar tornar-se funcionário: deixar de ser voluntário seis meses antes de ser contratado. Os voluntários devem ser informados sobre a importância do trabalho que desenvolvem, participando das avaliações com os coordenadores de área e com os técnicos e poder evoluir, não repetindo sempre as mesmas atividades e nem ficar ociosos, podendo assim demonstrar em que lugar da instituição seus talentos serão melhor aproveitados.

A Experiência de Itapecerica da Serra

Itapecerica da Serra, município da grande São Paulo, conta com uma rede de serviços SUS, alguns sob gestão do nível estadual e outras do nível municipal, sendo que o município destina mais de 20% de seus recursos para a área de Saúde. Em 1997 houve o que ela denominou de um “Encontro Humano Desastroso na Câmara Municipal local”: a população estava muito insatisfeita com os serviços de Saúde. Desse encontro saíram três estratégias a serem implementadas:

- a) reorganização do trabalho nos serviços, procurando capacitar os profissionais para uma “atenção cuidadora”, inclusive os médicos;
- b) que a capacitação incluísse também a questão da humanização dos serviços, a garantia de acesso a eles e a equidade no atendimento;
- c) que fossem contratados regularmente Agentes Comunitários de Saúde e funcionários de todas as categorias profissionais.

O Movimento Popular de Saúde é antigo no município e o Conselho Municipal de Saúde funciona desde 1991, bem como as unidades de saúde contam com Conselhos Gestores: os Conselhos analisam as prestações de conta na Saúde e, a cada três meses, são apresentadas à Câmara Municipal. Na 3ª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi Humanização dos Serviços de Saúde, foi decidida a criação do Serviço de Atendimento ao Cidadão – SAC, com atribuição de levar as queixas e sugestões da população para o Conselho Municipal de Saúde. Na 6ª Conferência Municipal de Saúde, a Humanização foi definida como tema pelo Conselho Municipal de Saúde em todos os bairros do município. Os princípios que nortearam a reorganização dos serviços de 1997/2000 foram:

- a) “receber atendimento”, treinamento dos profissionais com protocolos bem definidos para o acolhimento dos que buscam os serviços de saúde;
- b) melhorar os locais de recepção, eliminando-se as

barreiras ao atendimento, inclusive as barreiras físicas como os balcões com vidros, o que levou a algumas reclamações dos funcionários, temerosos de serem agredidos pelos usuários;

- c) ampliar as ações com a comunidade, de acordo com suas necessidades;
- d) instituir programas como os de Saúde Bucal e de Práticas Corporais, com apoio de estudantes de educação física, para toda a comunidade.

A implantação desses princípios e das medidas deles derivadas levou ao aumento de satisfação dos usuários com os serviços de saúde do município, que atingiu 80%. Houve também melhoria do atendimento materno-infantil, da distribuição das consultas médicas no pronto-socorro, diminuição do índice de cáries, e o Conselho Municipal e os Conselhos Gestores passaram a exercer o controle social das ações na área de Saúde, desde o planejamento do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde até a sua avaliação.

A Experiência de Voluntárias do Instituto Dante Pazzanese e da Fundação Dr Adib Jatene

A psicóloga Rosângela Lurbe é voluntária no Instituto Dante Pazzanese e Fundação Dr. Adib Jatene. Essa experiência modificou seu olhar sobre o hospital público. Considera o SUS viável, mas precisando do apoio da sociedade. A Associação Nacional de Abrigos aos Cardíacos – ANARC - tem a finalidade de apoiar os cardíacos em tratamento, especialmente os que se encontram longe de seus domicílios. Segundo a palestrante, fora do país há maior consciência da parceria entre as ONGS e o setor público, experiência que precisa ser mais desenvolvida no Brasil. Os voluntários do Instituto devem ser preparados para dar apoio aos pacientes, bem como desenvolver cursos de orientação, fazer contato com escolas e campanhas de prevenção da mulher cardiopata.

Ana Maria Letiz, também voluntária do Instituto Dante Pazzanese, indica os vários trabalhos que vêm se desenvolvendo nesse serviço: pintura na pediatria, criação de um espaço de lazer para as crianças cardiopatas que apresentam limitações na sua locomoção, espaços para leitura e para contar histórias. Além disso, os voluntários orientam, em parceria com o Fundo de Solidariedade do Estado, padaria que produz pães para o Banco de Sangue atender aos pacientes que são obrigados a chegar em jejum para a coleta de material de exame. Desenvolvem ainda, com a Secretaria do Meio Ambiente, Projeto de Paisagismo com plantas medicinais e, com o consulado japonês, o “Cantinho Japonês” para fisioterapia. Segundo a palestrante, quando se está convencido da idéia, é mais

fácil encontrar parceiros, e muitas pessoas atendidas no Instituto Dante Pazzanese e seus familiares propõem-se a desenvolver atividades na instituição, como forma de retribuição pelo atendimento.

Conclusões

Os pontos em comum entre todas essas experiências foram: a necessidade de abordar a estigmatização das pessoas; de preparar os voluntários para uma participação mais efetiva nas instituições: a busca de formulação de políticas intersetoriais, já que o setor de saúde não consegue resolver os problemas sozinho; a importância do controle social, não apenas em nível municipal, mas também no interior dos serviços de Saúde, para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano. É dever do Estado atender às necessidades de saúde da população conforme foi definido pela Constituição Federal de 1988, mas a questão que se coloca é se a sociedade deve colaborar no cumprimento desta obrigação, e como deve colaborar. A sociedade deve participar, mas o quê chamamos de participação? No Brasil, temos uma tradição fortemente estatista, mas ao mesmo tempo houve estímulos para que a sociedade civil desenvolvesse uma gama diversificada de atividades assistenciais em substituição ao poder público. No momento atual, devemos rediscutir as relações entre Estado e Sociedade no País: desenvolveu-se a idéia dos direitos dos cidadãos e do dever do Estado na concessão e garantia desses direitos. Mas será que isto tira a responsabilidade da sociedade civil frente aos problemas enfrentados? Devemos exigir e questionar o Estado quando ele não cumpre seu papel, mas isto não quer dizer que, a todo o momento, só o que temos a fazer é perguntar: “onde está o Estado que não vê este menino em situação de rua? Onde está o Estado que não acolhe os idosos, onde está o Estado que não atende a todas as necessidades de saúde da população?”. A questão da solidariedade se apresenta atualmente com forte conotação negativa diante dos deveres do Estado e dos direitos dos cidadãos. O que devemos nos perguntar é se não é possível compor a idéia dos “direitos de cidadania” com a idéia da “solidariedade social”, achar um caminho que possa articular as duas concepções. No tema da Humanização dos Serviços de Saúde, talvez possamos buscar essa articulação entre os direitos dos cidadãos, as responsabilidades do Estado e a solidariedade da sociedade civil. No cotidiano do atendimento em nossos serviços, é importante não pensarmos apenas nas exigências e na qualificação técnica das ações, mas também nas múltiplas necessidades e dificuldades que as pessoas enfrentam no processo de adoecimento, que incluem o atendimento de seus direitos, mas que os ultrapassam. Porque estamos falando de “necessidades complexas” e “singulares de pessoas” e não apenas de “cidadãos” portadores dos mesmos direitos historicamente determinados

e exteriorizados na sociedade. Há também que atender às necessidades “interiorizadas”, na sua particularidade e singularidade. Por outro lado, a experiência de mais de uma década do SUS demonstra que o controle social pode ser desenvolvido em nível do municipal, mas também aponta para o fato de que o cotidiano dos serviços representa uma “trincheira” a ser enfrentada a cada momento, para que os interesses dos usuários sejam respeitados. Outra questão importante abordada foi a do trabalho voluntário frente ao trabalho profissional. Os projetos coletivos na sociedade não exigem apenas o trabalho dos profissionais, mas podem constituir-se também em espaço de inclusão de pessoas que querem desenvolver um trabalho socialmente útil e necessário, mesmo que não o façam de maneira profissionalizada e remunerada. Esta pode ser uma perspectiva, por exemplo, para inclusão das pessoas que se encontram na terceira idade, que já se aposentaram, têm como sobreviver, mas querem continuar a ser úteis à sociedade, sem que isto signifique sua volta ao mercado de trabalho. E, por fim, as exposições permitiram abordar a questão dos diversos saberes existentes na sociedade: tecnocientíficos ou decorrentes da experiência prática. Há a necessidade de se acolher, respeitar os portadores dos diferentes tipos de conhecimento como sujeitos que podem juntar-se para atingir um objetivo comum. E, não apenas tentar submeter um tipo ao outro ou tratar seus portadores como subalternos. Assim, as apresentações desta mesa apontaram para as grandes polêmicas que o País enfrenta na definição das novas relações entre Estado e Sociedade Civil, especialmente na área da Saúde e frente às exigências da Humanização da atenção prestada nos serviços.



Formação em Humanização

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins¹

Introdução

Esse relato é fruto das discussões da mesa redonda “Formação em Humanização”, realizada no 1º Encontro Estadual de Ações de Humanização (dezembro de 2004). Dela participaram: Paulo Antonio Carvalho Fortes (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), Karina Barros Calife Batista (Departamento de Medicina Preventiva da USP), Sonia Isoyama Venâncio (Instituto de Saúde – SES/SP) e Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (Instituto de Saúde – SES/SP)

Formação dos Trabalhadores da Saúde em Humanização

Paulo Antonio de Carvalho Fortes, professor Livre-Docente da Faculdade de Saúde Pública da USP e coordenador do Grupo de Pesquisa “Ética da Saúde Pública”, orienta várias dissertações e teses que abordam temas relacionados a ética, direitos do cidadão e humanização. Discorrendo sobre a capacitação em humanização, lembra que a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde na década de 80 foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência; a partir dos anos 90 são incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário, relacionadas à humanização dos serviços de saúde. Esta tem abordado, nos últimos anos, distintas temáticas:

- Os direitos dos usuários da Saúde;
- A valorização e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor Saúde;
- O destaque do papel do gestor;
- A melhoria de aspectos organizacionais;
- A gestão participativa.

O foco das dessas formações seriam os trabalhadores de Saúde, os usuários e os gerentes de unidades de saúde, quando a formação é estendida a todos os níveis de atenção à saúde: atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar. Para os profissionais de saúde, deve ocorrer formação continuada mediante a capacitação das Comissões de Humanização, Comissões de Ética, Comitês de Ética em Pesquisa e Conselhos Gestores. Para os

usuários, a capacitação pode ser estendida a representantes nos colegiados institucionais, a membros de associações civis que lutam pelos direitos dos usuários e à população em geral.

Paulo Fortes relatou a experiência do grupo da Faculdade de Saúde Pública da USP em Cursos de Formação de Conselheiros Distritais na cidade de São Paulo e sobre a inserção de temas relacionados à humanização e aos direitos dos usuários em diversos cursos da instituição. Outrossim, ressalta sua experiência do grupo em capacitação de Gerentes de unidades de saúde da DIR I, do qual participaram 15 gerentes de ambulatórios de especialidades e laboratórios de análises clínicas estaduais.

Alguns instrumentos utilizados nos cursos foram:

- Lei 10241/99 – direitos dos usuários da Saúde;
- Lei 10.294/ 99 - proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo;
- Cartilha dos Direitos do Paciente/95 – Conselho Estadual de Saúde/Fórum de Patologias Crônicas do estado de São Paulo.

A seguir, apresentou as bases utilizadas para os processos de capacitação, relacionando a Ética e a Humanização:

- Princípios do SUS e propostas institucionais de humanização dos serviços de saúde;
- Humanização: conceitos e fundamentos;
- Respeito à dignidade da pessoa e à manifestação autônoma;
- Informação e comunicação;
- Privacidade física e das informações;
- Instrumentos de humanização;
- O processo de acolhimento na acessibilidade e na humanização da atenção à saúde;
- A responsabilidade ética do gerente;
- Diagnóstico avaliativo de práticas humanizadoras;

¹ Psicóloga. Pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP), Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde” e Docente e Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças (SES-SP).

- Elaboração de propostas de curto e médio prazos para efetivação da PNH.

Considera que as políticas públicas de atenção à saúde, para melhor atingir seus objetivos, necessitam orientar-se pelo princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado o centro da ação ética.

Pólos de Educação Permanente em Saúde

Karina Barros Calife Batista é mestre em Medicina pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP e coordenadora do Pólo de Educação Permanente em Saúde para os profissionais do SUS da Região Metropolitana da Grande São Paulo. O Pólo de Educação Permanente para o SUS é um dispositivo de agregação e direção para as diferentes instituições e deve ser responsável por determinado território. Ao mesmo tempo em que não é lugar executivo, reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços, ou de representação estudantil.

Como outras características, o Pólo produz políticas e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS. Constitui-se em fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento de profissionais para o SUS, é referência para certo território e é o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde.

As funções do Pólo de Educação Permanente são: mobilizar a formulação e a integração de ações de educação/ formulação/ capacitação dos distintos atores locais; induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social); formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas; estabelecer relações cooperativas com os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde (Rede de Pólos de Educação Permanente Estadual e Nacional).

Os oito Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo e suas respectivas composições :

- Pólo Oeste Paulista: Marília, Assis, Presidente Prudente;
- Pólo Noroeste Paulista: São J. do Rio Preto, Araçatuba, Barretos;
- Pólo Baixada Santista: Região de Santos e Litoral Norte;
- Pólo do Vale do Paraíba: São José dos Campos, Taubaté;
- Pólo Sudoeste Paulista: Bauru, Botucatu, Registro, Sorocaba;

- Pólo Nordeste Paulista: Ribeirão Preto, Araraquara, Franca;
- Pólo Leste Paulista: Campinas, Piracicaba, São João da Boa Vista;
- Pólo da Grande São Paulo: São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Osasco.

Entre as atividades do Pólo da Grande São Paulo estão: 10 Cursos de Especialização para médicos e enfermeiros em Saúde da Família (integrantes das equipes); 06 Cursos em processo de seleção de candidatos; Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Oficina de Trabalho: papel do gestor estadual junto aos Pólos; Reunião Técnica de integração dos 8 Pólos e sensibilização para o trabalho com Educação Permanente; Reunião Ampliada do Pólo da Grande São Paulo; Oficina de Trabalho em Educação Permanente, em parceria com a Rede Unida.

As expectativas dessas ações são: a continuidade do processo de construção constante, de forma participativa, integrada e articulada; a identificação contínua de desafios, criando e garantindo espaços para discussão, superação e avanços, valorizando as rodas de trabalho e as pactuações conseqüentes; Curso de Tutores para formação de facilitadores; elaboração de Plano de Trabalho para o ano de 2005; implementação de iniciativas de trabalho em Educação Permanente.

A Participação do Instituto de Saúde na Formação em Humanização

Sonia Isoyama Venâncio é médica, doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP) e Coordenadora do Núcleo de Investigação em Nutrição desse Instituto, além de participar do Comitê Estadual de Humanização da SES-SP. Ela explicita que as atividades do Instituto, no tocante à formação para a humanização, têm como objetivos formar e colaborar na formação de recursos humanos para o sistema de saúde e para a pesquisa. No que tange à formação para a humanização, a humanização na assistência somente ocorrerá com a mudança nas relações interpessoais, especialmente entre os trabalhadores da Saúde e a população usuária do sistema, para que mude a abordagem utilizada por esses trabalhadores, especialmente no tocante às práticas educativas.

A postura habitualmente utilizada nessas práticas é a da “pedagogia da transmissão”, que valoriza, sobretudo, os conteúdos que devem ser transmitidos e absorvidos pela população. Neste caso, espera-se, da população, uma atitude passiva; a relação que se estabelece é autoritária e parternalista. Outra abordagem muitas vezes utilizada nas

práticas educativas é a da “pedagogia do condicionamento”. Nesta abordagem, o foco são as mudanças de comportamento ou habilidades por parte da população; o educador é identificado como programador ou instrutor, e sua relação com o educando é de persuasão; a atitude do educando é receptiva e passiva. E, ainda no campo das práticas, ressalta a “pedagogia problematizadora”, que coloca a ênfase no processo ensino-aprendizagem, pretendendo a transformação das pessoas, grupos e comunidades envolvidas. Essa opção pedagógica pretende desenvolver ação educativa na qual cada indivíduo possa fazer a sua própria escolha, tomando sua própria decisão quanto à melhor alternativa entre práticas distintas de saúde.

○ Instituto de Saúde desenvolve várias delas, nas quais utiliza-se abordagem humanizadora nas relações estabelecidas nas práticas educativas com relação aos participantes. As atividades citadas foram:

- Os cursos de Aconselhamento em Amamentação, que têm como objetivo a formação dos profissionais para o manejo clínico da lactação, com ênfase na escuta da mulher, suas experiências e expectativas, buscando apoiá-la;
- Os cursos voltados à implantação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, que preconizam a participação da família nos cuidados ao recém-nascido e a atenção individualizada a cada bebê/família;
- Os cursos voltados ao parto, em que a abordagem humanizadora prevê devolver à mulher o papel de protagonista do parto, além de promover as tecnologias apropriadas para a assistência com base nas evidências científicas.

A Humanização nos Programas de Pós-Graduação na SES-SP

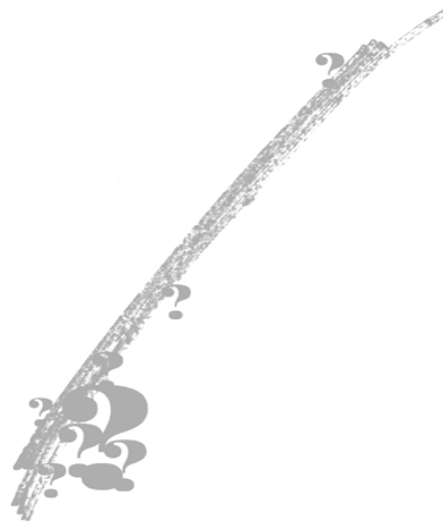
○ Programa de Pós-graduação dos Institutos de Pesquisa da SES-SP, foi criado em 1998, com início de funcionamento em 2000. Seu caráter é multiprofissional e tem como objetivo a qualificação de recursos humanos para a investigação na esfera dos serviços públicos de saúde.

As três áreas de concentração do programa são: Infectologia em Saúde Pública (com sede no Instituto Emílio Ribas), Pesquisas Laboratoriais em Saúde Pública (com sede no Instituto Adolfo Lutz) e Saúde Coletiva (com sede no Instituto de Saúde). As instituições participantes do Programa são: Centro de Referência DST/AIDS, Centro de Vigilância Epidemiológica, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantan, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Instituto Lauro de Souza Lima, Instituto de Saúde. Algumas disciplinas oferecidas pela Área de Concentração em Saúde Coletiva: Análise

Nutricional de Populações, Epidemiologia, Gênero e Envelhecimento, Humanização em Saúde, Pesquisa Qualitativa em Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Promoção da Saúde, Saúde e Sociedade.

Na Disciplina “Humanização em Saúde”, criada e coordenada por Cezira Martins, o tema da subjetividade-intersubjetividade (sua especialidade dentro do amplo campo da humanização) conduz-nos à reflexão de que, para a atenção humanizada são requisitos fundamentais: perceber o outro, colocar-se no lugar do outro, perceber a relação com o outro; assim, esses requisitos adquirem especial importância quando pensamos na relação profissional-paciente. Este é um dos temas da Disciplina “Humanização em Saúde”, que se desenvolve em grupo de, no máximo, 20 alunos, para propiciar o diálogo entre todos, de tal forma que todos se beneficiem não só das informações novas, mas também da troca de seus ‘saberes e fazeres’ prévios. Os alunos são pós-graduandos do Programa da SES-SP e de outros Programas de Pós-Graduação. Outros temas desenvolvidos no curso são: o adoecer e suas implicações, a relação profissional-paciente, o cuidado com quem cuida, o trabalho em equipe, o contexto grupal, a saúde ocupacional dos profissionais de saúde.

As estratégias de trabalho utilizadas na disciplina são: aulas teóricas, seminários, exposições dos participantes, aulas de professores convidados, dinâmicas de grupo, jogos dramáticos, *role-playing* do papel de profissional e também do papel de pesquisador. Quanto à orientação de dissertações na linha de pesquisa “Humanização em Saúde”, estas têm abordado temas relacionados a: características de pacientes, para subsídios aos profissionais de saúde (assistência humanizada); características da atividade profissional (por exemplo, *burnout*) para subsídios aos gestores (cuidar do cuidador); formação do profissional de saúde (ensino humanizado para futura assistência humanizada).



Canais de Comunicação com o Usuário

Elza Ferreira Lobo¹

Introdução

Esse texto expressa a discussão da mesa “Canais de Comunicação com o Usuário” do 1º Encontro Estadual de Humanização do Estado de São Paulo, composta por Elza Ferreira Lobo (Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), Edna Silva Pinheiro (Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos) e Quedayr G. de Souza Haguí (Ouvidora da DIR IV – Franco da Rocha) e mediada por Paulo Antonio Carvalho Fortes (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

Ouvidoria de Saúde: garantia dos direitos do cidadão

A Ouvidoria do SUS como instrumento de garantia dos direitos dos cidadãos, usuários dos serviços de saúde, públicos ou privados, no Sistema Único de Saúde - SUS-SP, foi instituída em 1996 com a criação do Serviço DISQUE-SUS que funcionou como piloto para a implementação da Ouvidoria da Saúde.

A Ouvidoria respondia à 2ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em junho de 1996, que recomendou a regulamentação de dispositivos do Código de Saúde do Estado de São Paulo.

Em 20/04/99 foi aprovada a Lei nº 10.294 – Sistema Estadual de Defesa do Usuário de Serviços Públicos (SEDUSP), que instituiu as Ouvidorias tendo como objetivos:

- a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos contra ações indevidas referentes à organização e ao funcionamento dos serviços de Saúde prestados pelo SUS/SP;
- a garantia da melhoria da qualidade do funcionamento e organização da administração pública;
- o compromisso da transparência e do controle social da administração pública e do sistema estadual de Saúde.

A Ouvidoria da Saúde é um canal de acesso à população para queixas, reclamações e denúncias de violações de seus direitos. Qualquer cidadão, brasileiro ou não, pode apresentar suas manifestações referentes a atendimento em hospitais, postos de saúde, ambulatórios, em órgãos públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde.



Nestes últimos anos, nas diferentes esferas de governo, vem crescendo o interesse pela figura do Ouvidor, e isto se deve à maior visibilidade e clareza de seu papel de apoio aos Gestores.

São José dos Campos – Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos (SMS-SJC), em gestão plena, atende aproximadamente 600 000 habitantes. O plano de atenção ao usuário preconizava a resolutividade, em substituição ao antigo modelo de atendimento medicamentoso.

Em seu início, a partir do atendimento direto ao usuário, esta Secretaria conseguiu um horário na mídia para atender as diferentes demandas e, aos poucos, conseguiu estrutura qualificada de Ouvidoria, que passou a atender todas as demandas dos usuários, chegando a contribuir com indicadores para o Gestor. Assim, com a sua instituição, a Ouvidoria passou a ser geradora de indicadores para o Gestor Municipal de Saúde.

¹ Mestre em Educação e Saúde Pública e Ouvidora da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Entende-se o Ouvidor como interlocutor que segue as diretrizes do SUS e deve estar bem qualificado em relação aos direitos dos usuários do SUS. Ressalta-se que a Ouvidoria é um canal de comunicação do usuário e que este será mais qualificado quando as Ouvidorias puderem ratificar as políticas públicas sociais.

Não há programa de Humanização se não houver atuação específica focada na resolução do problema. Assim, a Ouvidoria deverá encontrar dispositivos institucionais para que de fato seja exercido **“o dever do Estado e o direito do cidadão”**.

DIR IV - Franco da Rocha

A DIR IV - Franco da Rocha presta serviços, atende as demandas dos 5 municípios da região, abrangendo uma população de 500 mil habitantes. O dia-a-dia nos ensinou o quê se espera de uma Ouvidoria.

Essa DIR tem uma diversidade muito grande. Os municípios da região são muito pequenos e, dos cinco, somente um tem Ouvidoria. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é baixo, a população da região é muito carente e os serviços de saúde são escassos. Além disso, no município sede da DIR - Franco da Rocha - existem três presídios, duas FEBEMs e um Manicômio Judiciário.

O atendimento é muito estressante para o profissional e para o usuário, posto que, num mesmo momento, podem chegar pacientes tanto da FEBEM quanto dos Presídios. O que fazer nesta situação? Temos de trabalhar com estas adversidades, pois quando o usuário chega à Ouvidoria, esta é a sua última esperança.

O ouvidor necessita de paciência para ouvir o usuário até o final e entender o quê ele necessita. Percebe-se que há falta de informação e, mesmo que ele venha a receber um **Não**, o usuário se tranqüiliza por ser atendido.

A relação com o ser humano é muito gratificante: os usuários depositam no ouvidor uma confiança muito grande. Por isto, é fundamental que o ouvidor oriente o usuário de maneira clara e honesta.

A Ouvidoria mantém uma relação de respeito com os diretores de áreas técnicas e com os gestores, mas também tem liberdade para dizer o que pensa.

Sabemos que estamos construindo um momento de cidadania.

O atendimento da Ouvidoria de Franco da Rocha caracteriza-se pelo modo homogêneo de atendimento, já que parte do princípio de que o SUS é para todos. Estabeleceu-se relação de abertura e aprendizado muito grande, que fortalece a amizade entre os interlocutores dos cinco municípios.

Conclusões

É importante avaliar a relação inicial da Ouvidoria da Saúde com a Administração Pública. No Brasil, a Ouvidoria possui forte característica, na relação com os gestores, de não subordinação. Demonstra que este mecanismo é importante para a Gestão. O trabalho é duro e gratificante, muito diferente do ouvidor europeu que quase não tem dificuldades para enfrentar.

A Ouvidoria deve ser vista como instrumento para melhorar a administração pública. A função principal do “ombudsman”, “ouvidor”, “defensor do povo” ou “procurador dos direitos humanos” é de, colocando-se no lugar do reclamante, fiscalizar a administração pública, contribuindo assim para melhorar o atendimento aos usuários dos Serviços Públicos.

Referências Bibliográficas

CITADANI, A.R. **O Controle Externo da Administração Pública**. São Paulo: Max Limonad, 1995.

SÃO PAULO (Estado). Lei 10.294,. **Diário Oficial do Estado de São Paulo** — 20 de abril de 1999. Dispõe sobre Sistema Estadual de Defesa do Usuário de Serviços Públicos (SEDUSP).



Qualidade de Vida no Trabalho

Liamar Aparecida dos Santos¹

Introdução

O texto que se segue deriva da mesa “Qualidade de Vida no Trabalho”, no 1º Encontro Estadual de Humanização. A composição teve presença do Dr. Pedro André Jafferian do Programa Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual – IAMSPE, Dra. Luiza Sandra de Paula Romano (Conselho de Secretários de Saúde Municipais – COSEMS), Dr. José Roberto Bijotti (DIR IX – Barretos), Dra. Patrícia de Toledo Espina (Programa de Incentivo, Capacitação e Qualidade de Vida do Hospital Geral de Pedreiras), coordenados por Liamar Aparecida Santos (Direção Regional de Saúde de Assis – DIR 8).

O Processo de Produção do Trabalho na Humanização

Abordar a humanização no campo da saúde, pensando no Sistema Único de Saúde (SUS), implica falar de participação, de solidariedade, de integralidade, de novas atitudes diante do progresso técnico-científico, de afirmação positiva da pluralidade e da diferença, enfim, valores que precisam ser resgatados e exercitados.

A política de humanização assenta-se em três eixos indissociáveis: o eixo da atenção, o eixo da formação e o eixo da gestão. Cada um deles é constituído por um conjunto de princípios e diretrizes, que se traduzem em ações nas diferentes instâncias do sistema.

Na **atenção** objetiva-se outro modo de produzir saúde, onde levam-se em conta o acesso com qualidade, a escuta das demandas/necessidades das pessoas, a formação de vínculos, a co-responsabilização e o encontro e respeito às diferenças.

Na **formação**, buscam-se novas parcerias e inclusão de outros atores sociais, promovendo mudança de cultura e de atitudes de todos os envolvidos no processo.

Na **gestão** espera-se a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, fomentando a gestão participativa, a co-gestão e o trabalho em equipe.

Segundo Rollo (1997) “o trabalho na saúde deve ser um espaço para realização profissional e de exercício da criatividade, onde o sentir-se útil contribua e reforce o sentimento de pertinência à coletividade, com a construção de territórios vivenciais prazerosos, combinando trabalho criativo com compromisso social”. Dentro desta perspectiva percebe-se a importância da qualidade de vida no trabalho, tema desta mesa, onde participaram quatro profissio-

nais que fizeram um relato das experiências que vêm sendo implantadas nas instituições que estes representam.

Promoção à Saúde: Programa Prevenir – IAMSPE

O Programa Prevenir, do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), que realiza ações programáticas de promoção à saúde e de prevenção de doenças visando a modificar o modelo de assistência oferecido aos servidores, enfatizando as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. O trabalho foi implantado, após a identificação de que um terço das internações ocorriam em função das doenças crônicas não transmissíveis e iniciou-se em doze sedes das Secretarias e onze Centro de Atendimento Ambulatorial (CEAMAs).

A diretriz principal é disponibilizar ações de prevenção e controle de doenças no local de trabalho, priorizando ações educativas, e estimular o auto – conhecimento da situação de saúde dos servidores, como estratégia facilitadora para a implantação das referidas ações. Esse processo é realizado através da ida de uma equipe do IAMSPE até as sedes das secretarias e aos CEAMAs participantes, da aplicação de um questionário para verificar a situação de saúde dos funcionários, da coleta para exames e da realização de um rastreamento dos casos que indicam alguma alteração. Entre os casos coletados, os principais agravos referem-se à hipertensão arterial, alterações nos níveis de colesterol/triglicérides e diabetes.

O Programa Prevenir foi organizado levando-se em conta estes dados, e suas ações compõem-se de educação em saúde, produção de material educativo, palestras, aulas, dinâmicas, comissões de fiscalização da qualidade dos alimentos, ampliação da imunização para tuberculose, estímulo à coleta de papanicolaou para prevenção de câncer ginecológico, trabalho com hipertensão, programa de qualidade de vida e plano de ação para combater o tabagismo, o sedentarismo e hábito alimentar inadequado.

Verificou-se, com a avaliação do programa, diminuição dos fatores de risco, com exceção do sedentarismo, que aumentou. Por este motivo o IAMSPE tem como proposta para continuar o programa a avaliação do impacto das ações educativas e posterior ampliação destas. Termina sua exposição dizendo que a maior preocupação do IAMSPE é oferecer um atendimento humanizado ao funcionário público.

¹ Mestre em Saúde Mental, Psicóloga da Direção Regional de Saúde de Assis – DIR 8.

Unidade de Saúde do Trabalhador – Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Na experiência da Unidade de Saúde do Trabalhador do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas, a difícil missão do grupo na administração de Recursos Humanos, localizou como principais dificuldades a baixa governabilidade da gerência, o estatuto do servidor, fatores sócio-econômico-culturais, as interferências diversas (políticas, por exemplo), e alta porcentagem de patologias de difícil comprovação. Também estão presentes as dificuldades dos gestores locais, e as principais são: a confusão do público/privado, a dificuldade em gerenciar conflitos, a desresponsabilização pelo preventivo e o autogoverno de trabalhadores.

A Unidade de Saúde do Trabalhador responde a estas dificuldades com a convicção de que o cuidado ao cliente não pode ser adiado, pois provoca ônus à administração e sobrecarga ao restante da equipe. Entendem que a gestão de recursos humanos alimenta o nível diretivo e pensam a saúde de forma ampla de maneira a remodelar o cuidado, buscando produzir conhecimento acerca das conexões entre subjetividade e trabalho no hospital.

A proposta inovadora consiste em trabalhar com a perícia, a assistência e a saúde ocupacional, tendo como princípios:

- entender o trabalhador como sujeito (indivíduo em seu local e sua rede);
- expandir as possibilidades de vida, com seus encontros felizes e seus conflitos;
- produzir novos caminhos quando os velhos não são adequados.

O trabalho é realizado por unidade de produção e não por categoria e articula-se com outros grupos de apoio do hospital. Integra iniciativas de humanização, apoio e reorientação dos modelos tecno-assistencial e de gestão. Também envolve potencialmente todas as unidades do hospital, buscando priorizar as assistenciais.

O apoio dá-se na gestão dos serviços de saúde, no desenvolvimento da grupalidade e intersubjetividade e na educação permanente dos profissionais, tendo como objeto as relações, os processos de trabalho e o papel do cuidador em saúde, objetivando a abordagem das questões relacionais, a organização do trabalho, os momentos de crise, a gestão colegiada, as ações educativas e a saúde do trabalhador, visando à humanização das relações de trabalho. Essa operacionalização é feita através da realização de rodas em momentos de conflito, para que este não venha na forma de atestado, e é finalizada com o esclarecimento de que é um desafio trabalhar com saúde e recursos humanos e a gestão. Porém, o foco importante é que portas não sejam fechadas, sendo necessário fazer muitas ro-

das, rodas marcadas, rodas inventadas, fazer a roda da vida, algo que faça sentido, para que as pessoas não precisem trabalhar como máquinas.

Morbidade e Mortalidade na DIR IX - Barretos

A DIR IX – Barretos realizou uma avaliação da morbidade e foi identificado que os funcionários cuidavam da saúde dos outros, mas não de si. Para o enfrentamento desse problema, realizaram um planejamento estratégico e definiram algumas questões prioritárias:

1. Valorização dos funcionários, incluindo-os nos programas de saúde e vacinação e criando o programa “Nossa Saúde”.
2. Melhoria no ambiente de trabalho, com implantação de ginástica laboral, participação no programa Agita São Paulo e no programa de Combate ao Tabagismo, estabelecendo parcerias com clubes de serviço para lazer, adequação de espaço para refeitório, acompanhamento médico com ações preventivas e exames de rotina, realização de passeios ciclísticos e natação familiar, e palestras sobre qualidade de vida e prevenção de doenças.
3. Resgate da auto-estima com oferta de curso de orientação de trânsito, comemoração de datas especiais (dia da mulher, das mães e do funcionário público), exposição de trabalhos manuais, concurso de contos e poesias e curso continuado de informática para todas as categorias.

Depoimentos de funcionários, demonstraram a satisfação com o projeto, mostrando que ele serviu para abrir a porta no sistema para os funcionários, foco do projeto.

Programa de Incentivo, Capacitação e Qualidade de Vida do Hospital Geral de Pedreiras

O Programa de Incentivo, Capacitação e Qualidade de Vida desenvolvido no Hospital Geral de Pedreiras desenvolve uma política de recursos humanos, que:

- exerce papel estratégico participando do processo decisório da organização;
- estimula a gestão participativa valorizando a opinião dos colaboradores;
- favorece a integração e a cooperação no ambiente de trabalho;
- estimula o desenvolvimento dos colaboradores e propicia oportunidade de ascensão profissional;
- promove programa de benefício e remuneração compatíveis com as possibilidades da organização e necessidades dos colaboradores;

- garante a eficácia na administração de pessoal com agilidade e segurança nas reclamações;
- diagnostica as necessidades da organização e desenvolve programa de capacitação compatíveis que atinjam todos os níveis da organização,
- zela pela qualidade de vida no trabalho.

Esta política se traduz em ações nas diversas áreas da vida dos trabalhadores:

- *Área profissional* – Sistema de gestão por competência, revisão da política de cargos e salários, pesquisa de clima organizacional e projeto de remuneração por resultado.
- *Área Intelectual* – Investimento em aprimoramento, criação do centro de estudos, sala de leitura, centro de convivência e projetos culturais.
- *Área Social* – Centro de Convivência, comemoração de aniversários, jogos interdepartamentais, gincanas, cooperativa de crédito e previdência privada.
- *Área Emocional* – Atividades de desenvolvimento, trabalho de relações humanas, terapia de grupo, trabalhos de humanização, programa anti-estresse e grupo de apoio sobre perdas.
- *Área Espiritual* – Encontros com retiro, reflexão e casa de oração, pastoral da saúde e eventos religiosos.
- *Área Física* – Assistência médica 100% custeada, programa de ginástica laboral/massagem e treinamento de prevenção e redução de acidentes de trabalho.

A experiência pode ser resumida conforme o pensamento de Mário Quintana, "...O jeito é: ou nos conformamos com a falta de algumas coisas na nossa vida, ou lutamos para realizar as nossas loucuras".

Conclusão

Percebe-se que o trabalho com humanização é um mosaico e o ponto comum das experiências dos participantes da mesa é a preocupação com a mudança do processo de trabalho e o modelo de gestão, desenvolvendo uma gestão mais participativa, onde leva-se em conta a subjetividade do trabalhador.

Bibliografias

BENEVIDES,R. Marco teórico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, DF: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005. (Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Caderno 1).

BRASIL. Lei 10.741 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º de outubro de 2003.

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

ROLLO,A. A. "É possível construir novas práticas assistenciais no Hospital Público?" In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. (Saúde em debate, 108).



Atendimento aos Usuários Especiais

Cláudia Medeiros de Castro¹

Introdução

Quando pensamos em incluir no programa do 1º Encontro Estadual de Humanização uma mesa de debates que pudesse mostrar a experiência da SES-SP no atendimento de pessoas que podem ser personagens comuns de nosso cotidiano, mas que nem sempre são acolhidas adequadamente nos serviços de saúde, optamos por dar-lhe o título *Atendimento aos Usuários Especiais*. Podemos considerar que “especiais” são todas as pessoas que buscam as unidades de saúde, mas algumas encontram-se em situações que mereceram a criação de serviços especializados para seu atendimento. São elas: as mulheres e crianças vítimas de violência sexual, os idosos e os dependentes químicos. A mesa foi composta pelos seguintes representantes de serviços convidados: Vânia de Azevedo Tardelli (Centro de Referência da Saúde da Mulher/Hospital Pérola Byington - CRSM), Newton Alves (Centro de Referência da Saúde do Idoso - CRI) e Luizemir Volney Carvalho Lago (Centro de Referência para Tratamento de Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD). Apresentamos a seguir um resumo da exposição feita por nossos convidados, destacando os tópicos mais relevantes.

Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

O Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM), mais conhecido como Hospital Pérola Byington é um serviço que é referência em Ginecologia, Oncologia genital e mamária e em Reprodução Humana, localizado na região central do município de São Paulo. Este serviço é referência para a Grande São Paulo e está cada vez mais voltado para a alta complexidade, principalmente ao atendimento dos casos de oncologia.

Em 2003, foram realizadas 6112 internações, 22155 consultas médicas ambulatoriais e 137 503 consultas com outros profissionais de saúde. O Serviço de Atendimento à Mulher Sexualmente Vitimizada (AVS) teve início em 1994 e, em 2001, passou a ter como parceira a Secretaria de Segurança Pública e de Desenvolvimento Social, através do Programa Bem-Me-Quer. Tal parceria é considerada um grande avanço, pois foi instalado um posto do IML no próprio Hospital Pérola Byington, facilitando para a mulher ou a criança a realização do exame de corpo de delito. O exame não é obrigatório, mas as mulheres são esclarecidas sobre sua importância, pois pode facilitar a

identificação do agressor. É preciso que o agressor seja identificado para ser julgado e punido, combatendo-se assim a impunidade.

No serviço são atendidas mulheres e crianças (meninas e meninos) vítimas de violência sexual. É seguido o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, que define criança como a pessoa com menos de 12 anos. As vítimas de violência podem dirigir-se diretamente ao Hospital Pérola Byington, mas muitas procuram alguma delegacia de polícia para fazer o boletim de ocorrência; então, são encaminhadas ao Hospital em viatura disponibilizada pela Secretaria de Segurança Pública, especialmente destinada a transportar as vítimas de violência.

Os atendimentos têm enfoque médico, psicológico e social. Inicialmente as pacientes são acolhidas pelo Serviço Social; em seguida, no Pronto Atendimento, recebem atendimento médico, sendo realizados exame físico e ginecológico. É prescrita a contracepção de emergência e a quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS (de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde). Alguns dias depois, as pacientes retornam para avaliação ginecológica e triagem com a Psicologia, podendo ser encaminhadas para psicoterapia.

O AVS realizou 2 107 atendimentos em 2003, sendo 95% pacientes do sexo feminino. As faixas etárias predominantes estão distribuídas conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 - Atendimentos AVS 2003

Classificação	Faixa etária
1º	15 - 20 anos = 579
2º	0 - 11 anos = 399
3º	12 - 14 anos = 284
4º	21 - 24 anos = 266

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da SES-SP, mestre em Psicologia Social. Psicóloga responsável pelo Núcleo de Saúde Mental e Reabilitação do Centro de Referência da Saúde da Mulher/Hospital Pérola Byington.

Chama a atenção o fato de que se somarmos as faixas etárias de 0 a 14 anos, teremos o maior número de casos concentrados nessa faixa.

Em casos de estupro, as mulheres que engravidam têm assegurado por lei o direito de interromper a gestação. O aborto legal é realizado nesse hospital e a mulher é acompanhada pela equipe multidisciplinar, que busca acolhê-la e respeitá-la em sua decisão. É importante dar visibilidade à questão da violência sexual contra crianças e mulheres, pois só assim a sociedade terá condições de enfrentar o problema.

Atendimento à População Idosa

O Centro de Referência do Idoso (CRI) foi criado em setembro de 1991 e localizado no bairro de São Miguel Paulista, na Zona Leste do Município de São Paulo. A região tem população de idosos estimada em 65 000 pessoas e abrange os bairros de São Miguel, Itaim Paulista e Ermelino Matarazzo. O CRI é um centro de excelência para o atendimento dos idosos e sua proposta de trabalho inspira vários serviços de saúde, entre eles 10 hospitais do Estado de São Paulo, que estão cadastrados e formam uma rede de atenção ao idoso.

O CRI busca a promoção do envelhecimento saudável, desenvolvendo ações baseadas na humanização e integralidade. As pessoas idosas recebem atendimento médico, de enfermagem, odontológico, fisioterápico, psicológico e social. Os princípios da humanização e integralidade podem ser percebidos desde a entrada do idoso na instituição, pois até os seguranças foram treinados para o acolhimento seguro.

Até o final de 2002 o CRI realizou cerca de 223 mil atendimentos, sendo 140 mil nas áreas de assistência médica e odontológica e 83 mil na área sociocultural.

Buscando conhecer melhor a população que utiliza os serviços do CRI, em 2002 foi aplicado um questionário: os resultados preliminares indicam que 37% da população atendida encontram-se na faixa etária de 60 a 65 anos, enquanto 30% têm entre 66 e 70 anos. O sexo feminino corresponde a 68,5% dos usuários. Quanto à renda, 49,5% ganham entre 180 e 360 reais e 20,4% entre 360 e 540 reais.

O CRI desenvolve muitas atividades que podem ser denominadas socioculturais. Por exemplo, o Baile da Terceira Idade, que acontece toda sexta-feira e reúne entre 400 e 800 pessoas. Nesse baile, é estritamente proibida a entrada de menores de 60 anos. Os idosos que não foram alfabetizados têm a oportunidade de freqüentar a Turma de Alfabetização - eles já formaram a 3ª turma. Há também um Centro de Convivência, onde podem realizar atividades de educação física, aulas de canto e violão e trabalhos manuais. Contam ainda com corte de cabelos, serviços de podólogo e atendimento odontológico, realizado na própria residência ou em abrigos e asilos.

Todas as atividades mostram que o serviço está estruturado tendo como base princípios que nos ajudam a mudar a visão que se tem do idoso, pois é importante que os velhos deixem de ser vistos como um problema. Para Newton Oliveira é importante “reconhecer o valor positivo dos idosos para a família e para a comunidade”. A humanidade sempre buscou a longevidade e agora que estamos conseguindo aumentar a expectativa de vida é importante que essa longevidade seja compartilhada pela sociedade.

Experiências como a do CRI nos ajudam a desfazer os mitos sobre o envelhecimento e são fundamentais para mostrar, como afirma Newton Oliveira “que os idosos podem ser produtivos, autônomos e felizes”. Assim percebe-se “a longevidade como um valor compartilhado”.

Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) funciona no Bairro da Luz, na região central do município de São Paulo, em prédio onde antes era um ambulatório de Saúde Mental. A Missão do CRATOD é “ser um pólo de coordenação e implementação de políticas públicas relacionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de transtornos decorrentes do uso de álcool, tabaco e outras drogas no Estado de São Paulo”.

O CRATOD foi criado oficialmente em 2002. Luizemir Lago destaca a importância da criação oficial, uma vez que oferece mais garantias de continuidade. O Centro oferece os seguintes Programas de Tratamento:

- Programa de Tratamento de Transtornos Decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas;
- Programa de Atenção Integral ao Adolescente usuário de Álcool e outras Drogas;
- Programa de Tratamento de Dependentes de Nicotina;
- Grupo de Estudo e Tratamento do Obeso.

Há poucas unidades trabalhando com dependentes de nicotina e a demanda para tratamento é grande, pois o CRATOD começou atendendo funcionários da SES e recentemente ampliou para outras Secretarias e também para os pacientes que já conseguiram deixar o uso das outras drogas. É um programa que necessita da adesão do interessado, não se restringe à dispensa do medicamento (custeado pela Secretaria da Saúde).

Quanto ao trabalho com obesidade, algumas pessoas podem questionar o tema ser tratado pelo CRATOD, mas a médica informa que o Programa de Tratamento do Obeso existe porque muitas pessoas tratam a comida como uma adição: nesses casos, a obesidade é um transtorno compulsivo.

A estrutura do Núcleo de Tratamento é assim organizada:

- Núcleo de Ação Comunitária: desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde no entorno.
- Núcleo de Projetos Especiais: dividido em adolescentes, mulher, transtornos alimentares, tabaco e trabalhadores do sexo.
- Núcleo de Pesquisa e Investigação Epidemiológica: há a preocupação em coletar dados e divulgá-los, como também mostrar os resultados da rede pública. Há intercâmbio com universidades.

O CRATOD tem como pressupostos que:

- A dependência de drogas é um fenômeno recorrente e não “uma simples falta de vontade de se tratar”. Enfatiza que não se trata de um conceito moral, é um transtorno que tem que ser abordado por uma equipe de saúde multidisciplinar.
- O uso de drogas é esperado devido aos seus efeitos prazerosos e o contexto cultural. A experimentação não conduz necessariamente à dependência, mas o risco aumenta quanto maior for a quantidade e a frequência de uso.
- O tratamento da dependência não tem como único objetivo a abstinência. O trabalho desenvolvido busca a redução de danos, a redução dos riscos à saúde, promovendo a qualidade de vida das pessoas.
- Toda intervenção é baseada em conhecimento científico. Têm consultoria das universidades, há uma preocupação em evitar o “achômetro” ou o “achismo” no desenvolvimento das ações.
- Integralidade das ações: prevenção, reabilitação psicossocial e promoção de saúde.
- Ações voltadas para os fatores de risco e proteção para o uso de drogas.
- Trabalho em rede. Há a preocupação com a integração com os serviços de saúde (por exemplo: trabalham com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de álcool e drogas do Estado de São Paulo promovendo a capacitação) e com organizações da comunidade.
- Concepção multiprofissional e intersetorial. Por exemplo, as oficinas realizadas em parceria com a Secretaria da Cultura.

Quanto aos fatores associados ao uso de drogas, destaca que na abordagem do usuário são considerados os fatores individuais, em sua dimensão genética, biológica e psíquica. Há fatores ambientais, como problemas familiares e as condições que facilitam o acesso às drogas. O tipo de droga e o contexto histórico e social também constituem importantes fatores considerados nos tratamentos.

O tratamento pauta-se nos princípios de acolhimento, não julgamento, e motivação para a mudança. O acolhimento é geralmente grupal e feito por mais de um profissio-

nal. No Centro contam com equipe composta por médico clínico, psiquiatra, neurologista, assistente social, psicólogo, enfermeira, auxiliar de enfermagem.

Quando o Centro foi implantado, ocorreu toda uma organização da comunidade do entorno, manifestando-se contrariamente à implantação. As pessoas diziam que iriam tratar “vagabundo”. Enfatiza-se que esse público não é composto de “vagabundos”, mas de pessoas que estão acometidas de um problema de saúde pública: estima-se que 10% da população mundial têm problemas com álcool. Ou seja, negar este problema é “tapar os olhos” para a realidade.

É necessário motivar uma mudança, mas dá trabalho, pois muitas vezes a pessoa não se reconhece sem a droga. Por exemplo, alguém que fuma e pára de fumar pode pensar “e agora, eu não tenho cigarro na minha mão, quem sou eu? Falta algo!” Desta forma é necessário criar espaços que possam complementar o trabalho da equipe, espaços de acolhimento e proteção, como as Oficinas, que têm entre seus objetivos estimular a adesão ao tratamento, trabalhar a auto-estima, estimular o desenvolvimento de habilidades e a potencialidade de cada indivíduo. Nesse sentido, a expressão artística pode promover a participação, o exercício da cidadania, a valorização da vida e a integração social. Alguns exemplos de oficinas oferecidas são fuxico, bio-dança, arte, teatro, percussão e violão.

Um dos resultados dessas atividades foi a criação da Associação Vida Ativa, com funcionários e pacientes: o público-alvo das oficinas em sua maioria é composto por pessoas em situação de rua, sendo gratificante saber que muitos deles já saíram das ruas. É prioridade que o atendimento seja extremamente humanizado, envolvendo toda a equipe, e começa desde a hora em que se atende a ligação da pessoa que procura o CRATOD.

Conclusões

A discussão apresentada aponta pontos especiais ao abordar temas muito sensíveis. Há aspectos comuns passando tanto o tema vitimização sexual, quanto o uso abusivo de drogas e, até mesmo, o envelhecimento: o forte conteúdo moral com que essas questões são tratadas pela sociedade. Quando nos propomos a desenvolver ações que buscam incluir essas pessoas com demandas específicas no sistema de saúde, acolhê-las de forma diferenciada em nossos serviços, não raramente enfrentamos resistência do entorno, das comunidades vizinhas e da própria equipe de saúde. Talvez tais reações se devam ao fato de que muitas vezes buscamos “empurrar para baixo do tapete” temas que nos incomodam. Implantar um serviço de atendimento às vítimas de violência sexual é tarefa árdua, pois facilmente a vítima pode passar para a condição de ré, pois alguns profissionais encarregados de atendê-la, profissionais de saúde ou da segurança pública, muitas

vezes passam a julgar seu comportamento, seu modo de se vestir, os lugares que frequenta.

Nota-se também a repercussão dos dados apresentados: boa parte das vítimas tem menos de 14 anos, o que sensibiliza a todos, principalmente se considerarmos que muitos agressores são próximos, pessoa conhecida da vítima, o que é bastante assustador. Uma reação comum das pessoas é buscar afastar-se do que as amedronta. No entanto, a equipe do Hospital Pérola Byington demonstra que é possível oferecer atendimento humanizado às mulheres e crianças sexualmente vitimizadas, e que dar visibilidade ao problema é uma forma de contribuir para seu enfrentamento.

Quanto aos idosos, a necessidade de tornar a longevidade compartilhada pela sociedade é um desafio lançado a todos nós. Compartilhar a longevidade, dar condições para a autonomia e felicidade dos idosos, só será possível quando deixarmos de empurrar nossos idosos para os bastidores da vida social. O CRI vem cumprindo o papel de tirar parte de nossos idosos dos bastidores, tem dado a eles a visibilidade necessária para que possamos pensar em políticas públicas que promovam sua inclusão social.

Quanto ao uso abusivo de drogas, a reação da comunidade do entorno do prédio onde localiza-se o CRATOD, ao manifestar-se contrária à existência do serviço, manifesta reação que ilustra com propriedade a forma como boa parte da sociedade lida com o tema: discriminando negativamente, buscando afastar para bem longe dos olhos

e fazendo um julgamento moral daqueles que fazem uso de drogas. A resposta da equipe do CRATOD, que levou informação para a comunidade, criando um Núcleo de Ação Comunitária e buscando aproximar-se do entorno, cria bases para que as pessoas possam entender o uso abusivo de drogas como uma questão de saúde pública e que, como tal, diz respeito a todos.

Enfim todas essas questões discutidas na mesa servem para instrumentalizar-nos para que, de volta ao cotidiano de nossos serviços, possamos ampliar a reflexão sobre os temas abordados e aprimorar instrumentos que nos permitam desenvolver ações cada vez mais humanizadas em benefício da população usuária dos serviços de saúde.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 pp. (Série Direitos Sexuais e Reprodutivos – Caderno nº 1).

_____. **Lei 10.741 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1º de outubro de 2003.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, vol.9, no.1, p.7-14.



Humanização do Parto e do Nascimento no Estado de São Paulo

Sandra Regina de Souza¹

Sonia Ioyama Venâncio²

O que me interessa não é se há vida depois da morte, mas que haja vida antes.
E que essa vida seja boa, não simples sobrevivência ou medo constante de morrer”

Fernando Savater

Introdução

O homem é um ser cultural e, sob esse paradigma, inventa e reinventa a sua existência ao longo do tempo. Não é diferente no que tange ao modo de nascer. O biológico, o natural, fica “sob a batuta” do contexto sócio-cultural. Assim, em meio aos avanços tecnológicos e as descobertas das ciências, no início do século XX o parto deixa de ser um evento privado e desloca-se para o ambiente público. Com essa transição ocorre transferência das responsabilidades e do poder sobre o nascimento. O homem-companheiro-pai é retirado da cena, a mulher-mãe e o bebê-filho são cercados por cuidados e impedimentos da ordem do prestar cuidados em saúde; à sua disposição: a equipe de especialistas.

Tecnologização do Nascimento

Tendo sido o hospital eleito sede do nascimento e equipado com crescente aparato tecnológico disponível, tivemos em curto espaço de tempo o aumento das taxas de cesariana. Em nome de uma “ditadura da proteção”, mães e bebês eram separados logo após o nascimento e submetidos rigorosamente às rotinas institucionais que abrangem desde horário do banho, tipo de vestimenta do bebê até horário de visitas, quem e como pode pegar o bebê no colo, passando por prescrições terapêuticas, nas unidades de cuidados intensivos e/ou cuidados especiais.

Com o aparecimento da Neonatologia e sua evolução, o bebê é precocemente tomado pela equipe e tardia e inadequadamente entregue à sua família na hora da alta hospitalar. O que irá diferenciar bebês saudáveis de bebês com patologia é o tempo em que permanecerá sob a “responsabilidade” da instituição, logo, pertencendo à equipe.

Nascemos quando recebemos uma história, nascemos quando começamos a fazer parte de uma história, quando passamos a ter a nossa própria história ou, principalmente quando somos “recheados” pelas histórias que nos precederam, o homem nasce contextualizado.

Nesse cenário, altas taxas de cesariana, as famílias fora da cena do nascimento; com o avanço da tecnologia, cada vez mais e menores são os bebês que sobrevivem nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, no mundo todo, de forma lenta e insidiosa; experiências começam a surgir com nova proposta de assistência.

Processo de Humanização do Nascimento e Parto

No início da década de 80, há uma divulgação e, por que não dizer, uma disseminação dos conceitos criados por autores como Winnicott, Bowlby, Brazelton, Cramer, e, no meio médico-hospitalar, os trabalhos de Klaus e Kennell que, por sua linguagem, conseguem introduzir o conceito de vínculo entre os profissionais e despertam nos responsáveis pelas rotinas certa curiosidade sobre as relações no começo da vida, assim como uma necessidade de se apropriarem desse conhecimento.

Em 1985, a OMS publica o documento “Tecnologia apropriada para o parto e o nascimento”, que revisita o aparato tecnológico existente criticando o seu uso indiscriminado e recomenda abordagem diferenciada no cuidado em saúde.

Em 1989, OMS e UNICEF publicam a declaração conjunta “Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”, que apresenta os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Na década de 90, essas novas formas de prestar cuidados, levando em consideração o sujeito, sua singularidade e suas capacidades, recebe o nome, no seu conjunto, de Humanização. Em 1991, é lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC e tem início, no mundo todo, um processo de reorganização das normas e rotinas da assistência a mães e bebês com o objetivo de promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno.

A Humanização do Nascimento e Parto no Estado de São Paulo

São Paulo é o Estado da Federação com maior número de maternidades que realizam mais de 1000 partos ao ano, mas, até 1999, amargava no cenário nacional um dos piores lugares no “ranking” de Hospitais Amigos da Criança.

¹ Médica Pediatra e Membro da Coordenadoria dos Serviços de Saúde. Membro do Grupo Técnico de Apoio e Desenvolvimento das Ações de Humanização - GADAH. Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”. E-mail: srsouza@saude.sp.gov.br

² Médica Pediatra, Pesquisadora do Instituto de Saúde. Doutora em Saúde Pública, Coordenadora do Núcleo de Investigação em Nutrição do Instituto de Saúde e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”. Membro do Comitê Estadual de Humanização.

A partir de 2000 desenvolveu-se, na SES, um intenso trabalho de sensibilização de gestores para a implantação do IHAC em maternidades do Estado. Foram 17 cursos regionais envolvendo a participação das DIRs e cerca de 280 maternidades. O resultado desse trabalho foi a rápida expansão do número de hospitais credenciados.

O trabalho com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança trouxe como bônus para os serviços um favorecimento nas relações de trabalhos, uma reorganização do fluxo e ainda uma maior permeabilidade para absorver outras ações de Humanização.

Com todos esses avanços, o número elevado de nascimentos de bebês com baixo peso (inferior a 2500g) e suas implicações como a separação entre o bebê e sua mãe e uma maior permanência no ambiente hospitalar, suscita um novo olhar para a assistência neonatal. Surge aqui, em meio a uma avalanche de publicações no Brasil de textos sobre o psiquismo perinatal e sobre etologia e o movimento mundial de Humanização, a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru.

Aproximando esses acontecimentos da nossa realidade, adotamos sob a denominação de Humanização do Parto e do Nascimento a integração de estratégias, ações e/ou políticas já consagradas, a saber: Parto Humanizado, Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Método Mãe-Canguru.

No 1º Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), pudemos apresentar um panorama bastante animador baseado em ações existentes inicialmente como um projeto local em cada serviço e em uma legislação estadual específica que dá sustentabilidade à Humanização do Parto e do Nascimento no Estado de São Paulo.

Quadro 1. Hospitais Amigos da Criança do Estado de São Paulo, dezembro de 2005.

1. Guilherme Álvaro, Santos (SES)
2. Silvério Fontes, Santos
3. São Francisco, Tupã
4. Santa Casa, Tupã
5. Paulo Sacramento, Jundiá
6. Municipal, Itapira
7. Leonor Mendes de Barros, S. Paulo (SES)
8. Amador Aguiar, Osasco
9. Santa Casa, Ubatuba
10. Santa Casa, Limeira
11. Santa Casa, Peruíbe
12. Municipal, S.J. Campos
14. Mater, Ribeirão Preto
15. Interlagos, S. Paulo (SES)
16. São Francisco, Jacareí
17. Itapeverica da Serra (SES)
18. V. N. Cachoeirinha, S. Paulo
19. Santa Casa, Itanhaém
20. Universitário, S.B. Campo
21. Grajaú, S.Paulo (SES)
22. HC/USP, Ribeirão Preto
23. FAMEMA, Marília
24. Mario Degni, S. Paulo
25. Santa Casa, Ribeirão Preto
26. CAISM/UNICAMP, Campinas
27. Estadual, Sumaré
28. Inácio de Proença, São Paulo
29. São Vicente de Paulo, Jundiá
30. Campo Limpo, São Paulo
31. Tide Setúbal, São Paulo
32. Mario Covas, Santo André (SES)
33. Regional Sul (SES)
34. Taipas (SES)

Temos atualmente no Estado 26 Hospitais Amigos da Criança (Quadro 1), sendo que há ainda dez hospitais Estaduais em fase de credenciamento.

Dos hospitais estaduais que possuem maternidade (34 serviços), 27% possuem acomodações diferenciadas para o parto, tais como, Centro de Parto Normal, Quarto de Parto e/ou Casa de Parto.

De quatro edições do Prêmio Dr. Galba de Araújo, conferido pelo Ministério da Saúde, que reconhece a excelência na humanização da assistência ao parto, premiando um hospital por região, temos o Hospital Geral de Itapeverica da Serra como vencedor da Região Sudeste na 2ª edição em 2000 e, em 2004, o Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista como vencedor da 4ª edição, ambos hospitais públicos estaduais. Ainda hoje, o Hospital Geral de Itapeverica da Serra é o Centro de Referência para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso colaborando com a formação de profissionais de vários hospitais, inclusive de outros estados.

Destacamos ainda que o estado de São Paulo possui a maior rede de Bancos de Leite do país, contando com dois Centros de Referência, Banco de Leite Humano do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (para a Grande São Paulo) e o Banco de Leite Humano da USP de Ribeirão Preto (para o interior), fundamentais para a assistência ao RNBP.

Esses números apenas refletem o resultado de muito trabalho e dedicação de profissionais das mais diversas formações e áreas da Saúde no Estado de São Paulo e nos contam, ainda, o quanto temos de continuar caminhando.

Bibliógrafias

- BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v.1.
- BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As Primeiras Relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- KLAUS H.M.; KENNEL J.H. **Pais/Bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLAUS, H.M.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília, OMS, 2001.
- _____. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de saúde**. Genebra, OMS, 1989.
- _____. **Tecnologia apropriada para nascimento e parto**. *The Lancet*, v.2, n. 8452, 1985. p.436-437
- _____. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Brasília, D.F.: OPAS/USAID, 1996.
- SÃO PAULO (Estado). Lei 10241. **Imprensa Oficial do Estado de São Paulo**, 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado.
- _____. Resolução - SS 84 - Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Estado de São Paulo. **Imprensa Oficial do Estado de São Paulo**, de 24-7-2001
- WINNICOTT, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- WINNICOTT, D.W. **Os Bebês e Suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Traduzindo a Política de Humanização nos Serviços

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins¹; Ana Aparecida Sanches Bersusa²
Ana Lucia Silva³; Danaé Terezinha Nogueira Conversani⁴
Sandra Regina de Souza⁵; Sonia Isoyama Venâncio⁶

Introdução

O Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”, sediado no Instituto de Saúde e inscrito no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, tem refletido sobre várias questões relacionadas à humanização, tanto no que diz respeito aos aspectos conceituais como no que tange à sua operacionalização. Há concordância com Campos (2005), quando pontua que princípios e diretrizes são importantes para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para as políticas, mas que, além disso, devem interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde.

Várias propostas têm sido feitas pelo Poder Público, por exemplo, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (BRASIL, 2001) e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2003). Porém, o processo de construção de uma política pública não pode se manter apenas com base em propostas, programas e/ou portarias ministeriais. Benevides e Passos (2005) ressaltam que da política de governo à política pública não há passagem fácil e garantida, e que construir políticas públicas exige trabalho de conexão com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Levando em conta essas considerações, o Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”, no intuito de contribuir com a política de humanização da SES-SP - o quê, aliás, é um de seus objetivos (NOGUEIRA-MARTINS; VENÂNCIO; SILVA, 2003) - entendeu que seria fundamental pesquisar e analisar as práticas de humanização realizadas nos serviços desta Secretaria. Assim, propôs-se a estudar, em comum acordo com a Coordenadoria de Serviços de Saúde e com o Comitê Estadual de Humanização, o material apresentado no 1º Encontro Estadual de Ações de Humanização, realizado

pela SES-SP em dezembro de 2004, para o qual os serviços de saúde foram convidados a encaminhar resumos sobre suas experiências.

Objetivo

Descrever ações de humanização que vêm sendo implementadas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e refletir, a partir de experiências relatadas, como os serviços vêm “traduzindo”, no seu cotidiano, as diretrizes da política de humanização desenvolvida por essa Secretaria.

Método

A fonte de dados para este estudo foi composta pelos resumos encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde, área da SES responsável predominantemente pelos hospitais próprios do Estado. Foram encaminhados 278 resumos que descreviam ações de humanização desenvolvidas nos serviços de saúde.

A análise do conteúdo dos resumos buscou dar respostas às seguintes questões: 1) Quais ações

¹ Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana, Pesquisadora do Instituto de Saúde e Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”.

² Mestre em Enfermagem, Pesquisadora do Instituto de Saúde e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”.

³ Doutora em Enfermagem, Pesquisadora do Instituto de Saúde e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”.

⁴ Educadora em Saúde, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisadora do Instituto de Saúde e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”.

⁵ Médica Pediatra, Membro da Coordenadoria dos Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Membro do Comitê Estadual de Humanização e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde” do Instituto de Saúde.

⁶ Médica, Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora do Instituto de Saúde e Membro do Grupo de Pesquisa “Humanização em Saúde”. Membro do Comitê Estadual de Humanização.

vêm sendo desenvolvidas pelos serviços? 2) A quem são voltadas as ações de humanização? 3) Quem, nas instituições, implementa tais ações?

Após leitura do material encaminhado, identificou-se que, em função de não ter havido padronização na forma de apresentação dos resumos, dos 278 recebidos, 197 possuíam as informações necessárias para a análise.

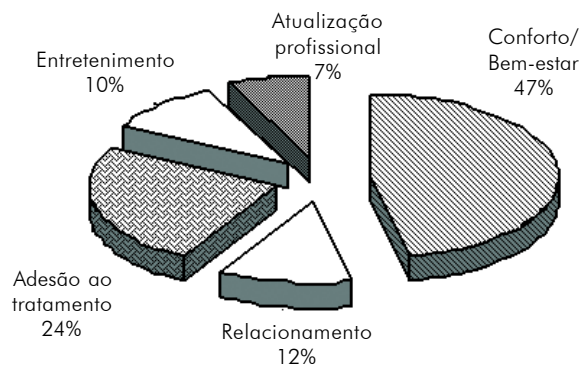
As categorias de análise foram: objetivo da ação; população-alvo; grupos populacionais específicos; setores do hospital envolvidos; agentes/promotores da ação.

Após a criação das categorias de análise, os dados foram digitados no programa Excel e, para obtenção das análises de freqüência, foram analisados no SPSS 10.0.

Resultados

A figura 1 apresenta a distribuição das ações segundo seu objetivo, conforme descrição feita pelos serviços de saúde.

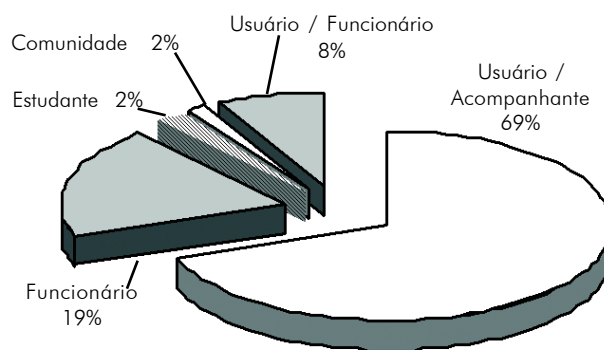
Figura 1. Distribuição das experiências de 197 serviços de saúde segundo objetivo da ação de humanização.



Verifica-se que mais da metade das experiências visam ao conforto/bem-estar ou entretenimento dos usuários. Cerca de um quarto das ações têm como meta a adesão dos pacientes a algum tipo de tratamento e 12% visam melhorar o relacionamento entre trabalhadores da saúde e/ou entre estes e a população. Algumas experiências, ainda que representem número pouco expressivo no conjunto de dados analisados, são voltadas à atualização dos profissionais de saúde.

A figura 2 apresenta a distribuição das ações segundo sua população-alvo.

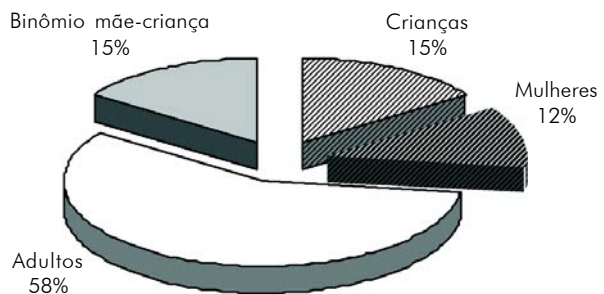
Figura 2. Distribuição das experiências de 197 serviços de saúde, segundo população-alvo da ação de Humanização.



Em relação à população-alvo, 69% das ações são voltadas aos usuários e/ou seus acompanhantes. Em torno de 20% das experiências relatadas são voltadas aos funcionários das instituições e 8% abrangem tanto usuários quanto os funcionários. Verifica-se ainda o interesse dos serviços, ainda que em menor número, em trabalhar ações de humanização em outras áreas, como a de ensino e extensão (na comunidade).

A figura 3 apresenta a distribuição das ações também segundo a população-alvo, porém detalhando, no conjunto dos usuários, os grupos populacionais específicos.

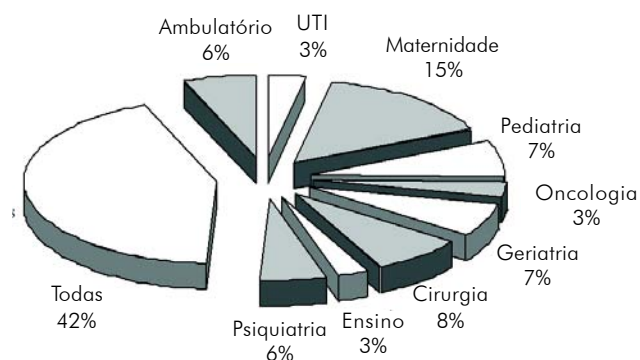
Figura 3. Distribuição das experiências dos serviços de saúde, segundo grupos populacionais específicos.



Observa-se que, em 58% dos casos, as ações são voltadas à população adulta (que inclui também a população idosa). Crianças, crianças e adultos (em conjunto) e mulheres são os outros grupos-alvo relatados pelos serviços.

A figura 4 apresenta a distribuição das ações segundo os setores das instituições envolvidos com a humanização.

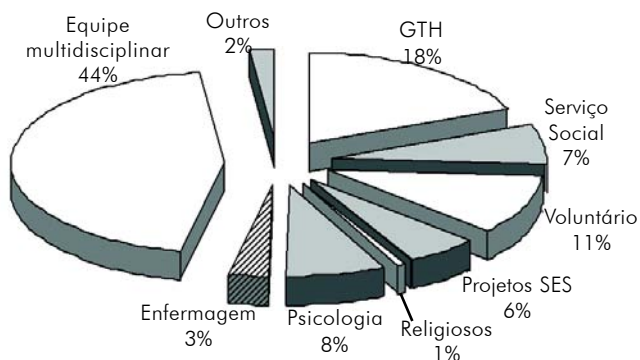
Figura 4. Distribuição das experiências de 197 serviços de saúde, segundo setores envolvidos.



Praticamente em metade das experiências relatadas as ações de humanização são trabalhadas em todos os setores do hospital. Merece destaque o número de experiências relacionadas ao parto e nascimento (15%), sendo que outros setores mencionados são pediatria, oncologia, geriatria, cirurgia e psiquiatria. Novamente aparece, incipiente, a preocupação com a questão do ensino, em 3% das experiências.

A figura 5 apresenta a distribuição das experiências segundo os atores sociais responsáveis pela sua promoção/implementação na instituição.

Figura 5. Distribuição das experiências de 197 serviços de saúde, segundo agentes/promotores.



Verifica-se que em 44% dos casos as ações são implementadas por equipes multiprofissionais. Cabe ressaltar que em 18% das experiências há menção à existência de um Grupo de Trabalho em Humanização (GTH). Outro dado interessante é a presença do voluntariado e de religiosos promovendo, nos serviços, ações de humanização. Os demais atores sociais são das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem e outros.

Discussão

Os resultados obtidos em nosso estudo indicam que, possivelmente, os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH), criados em 2002 pelo Núcleo de Trabalho de Humanização da SES-SP, como parte do PNHAH (NOGUEIRA-MARTINS, 2002), conseguiram expandir suas atividades para vários setores de suas instituições, pois não são eles os que aparecem como únicos responsáveis pelas ações de humanização. Além disso, o caráter de transversalidade que a PNH imprimiu, e que a SES-SP adotou, também contribuiu, provavelmente, para que vários grupos institucionais tenham se responsabilizado por promover a humanização.

Ações específicas voltadas ao relacionamento interpessoal nas instituições estudadas, isto é, ações voltadas ao que Merhy (2000) denomina "tecnologias leves", ainda são incipientes e talvez possam evoluir com propostas de sensibilização dos gestores para a importância desse tema e com programas de capacitação de profissionais que possam desempenhá-las adequadamente.

Três grupos para quem as ações são dirigidas (crianças, binômio mãe-criança e mulheres) recebem já atenção especial desde antes de instaurados tanto o PNHAH como a PNH, pois são grupos-alvo de ações de caráter humanizador contidas em programas dirigidos ao nascimento e parto, que datam da década de 1990 (VENÂNCIO; PAIVA, 2003) e que tiveram, como consequência, um efeito sensibilizador com relação aos três grupos citados. Vale ressaltar, porém, que esses três grupos, juntos, não perfazem metade dos grupos-alvo, o que indica que o PNHAH e a PNH têm tido um efeito de disseminar as ações para outros grupos da população (adultos, idosos e outros).

As ações voltadas ao usuário e acompanhantes (68%) parecem ser indicativas do alto poder de influência exercido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e também pelo Estatuto do Idoso, que favoreceram os indivíduos mais fragilizados por sua idade, para que possam contar com medidas de apoio e proteção.

Quanto à desejada transversalização das ações de humanização, podemos verificar que, nas instituições abarcadas por este estudo, este princípio já está, de alguma forma, presente, pois vários são os setores (ambulatório, maternidade, pediatria,

oncologia, cirurgia e outros) que se preocupam com a questão; além disso, 42% das instituições referem que todos os seus setores estão envolvidos com as práticas humanizadoras.

Foi observada, também, tendência para a realização de ações que poderiam ser, à primeira vista, consideradas superficiais, uma vez que não pressupõem, necessariamente, uma proposta de mudança das relações interpessoais e nas práticas dos serviços (entretenimento, conforto e outras). Porém, para verificarmos se essa consideração é procedente, precisaríamos estudar em profundidade os efeitos dessas ações nos usuários, acompanhantes e profissionais; para estudos desse tipo, sugerimos a abordagem qualitativa de pesquisa (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Para finalizar, sugerimos novas pesquisas, tanto de cunho quantitativo como qualitativo, para acompanhar a política de humanização na SES-SP e contribuir para sua consolidação.

Referências Bibliográficas

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface* v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: Humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

CAMPOS, G.W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface*, v. 9, n.17, p.398-400, 2005.

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.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. A experiência de supervisão de hospitais em um programa de humanização. **Anais do I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; VENÂNCIO, S.I.; SILVA, A.L. Grupo de Pesquisa: Humanização em Saúde. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 63, n. 1, p. 47, 2003.

VENÂNCIO, S.I.; PAIVA, R. Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 30, p. 20-21, 2003.





Secretaria da **Saúde**
Humanização



II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde

**Dias 14 e 15 de dezembro de 2005
das 8h30 as 17h00**

Local: Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Rua Dona Inácia Uchôa, 574 - Vila Mariana - SP/ SP

Mesas

- Panorama Geral das Ações de Humanização
- Humanização, Ética e Cidadania
- Humanização e as Práticas Gerenciais
- Formação em Humanização

Espaços interativos para conversas sobre temas pré-estabelecidos

- Diversidade e Saúde na Sociedade Contemporânea
- Atenção Humanizada ao Parto e ao Recém-nascido
- Justiça Terapêutica
- Qualidade de Vida e Ambiente Profissional
- Socialização e Comunicação no Trabalho
- Sistematização de Assistência de Enfermagem
- Residência Terapêutica

Exposição de Pôsteres, Stands, Artesanato, Oficinas, Apresentações Culturais e Sala de Parto Normal.

Realização: *Comitê de Humanização da SES;
Coordenadoria de Recursos Humanos - CRH;
Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS;
Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS.*



INSTITUTO
DE SAÚDE

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Ciência,
Tecnologia e Insumos
Estratégicos de Saúde



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
RESPEITO PELAS PESSOAS