

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

Voluntária: Guiomar Alegria Souza Silva Nobre, CNPQ

MANAUS
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB-AS/0056/2010
HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

Voluntária: Guiomar Alegria Souza Silva Nobre, CNPQ
Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez

MANAUS
2011

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas, ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ciência da Informação e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa, financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, foi desenvolvida pela Faculdade de Psicologia –FAPSI e se caracteriza como subprojeto de pesquisa Bibliotecas Digitais.

FICHA CATOLOGRÁFICA

NOBRE, Guiomar A.S.Silva.
HUMANIZAÇÃO: A Percepção dos vários atores do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Guiomar
A.S.Silva Nobre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez
PIB-AS/0056/2010

1. Humanização 2. Atendimento 3. Ciências Sociais Aplicadas

RESUMO

Este projeto de pesquisa em seu objetivo geral investiga a percepção que os vários atores ligados ao Programa de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), organizados em equipes multiprofissionais, têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a Política Nacional de Humanização (PNH), prevalente no campo das novas propostas de saúde. Para essa pesquisa identificou-se como os Residentes têm efetivado, em sua prática profissional, os princípios das políticas de humanização no cuidado a saúde. Verificou-se a qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados a partir das percepções dos usuários dos serviços. Ademais se analisou como gestores se posicionam quanto a implementação da PNH. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Foi realizada com 15 sujeitos de ambos os sexos, divididos em três grupos: 07 profissionais, 05 usuários e 03 gestores do Hospital Universitário Getúlio Vargas. Os instrumentos utilizados foram uma Entrevista Semi-estruturada e Observação dos processos ocorridos durante a entrevista. Os dados finais foram analisados a partir da Análise de Conteúdo com categorias temáticas e apontam que Humanização está relacionada a afeto, comunicação e cuidado dentro de contexto específico. Os serviços dos profissionais de modo geral foram qualificados como bom ótimo e prático. O trabalho da Equipe Multiprofissional ainda é desconhecido pelos usuários e a qualidade da relação equipe-usuário, foi considerada boa. Um atendimento de qualidade foi associado à empatia e boa comunicação na relação usuário - profissional. Os gestores se posicionaram de modo tímido em relação a implementação da PNH, e para eles a avaliação da efetividade da PNH só é possível com investimento em informação, comunicação, entre os grupos responsáveis e os vários setores do hospital e investimentos nos servidores. Portanto a percepção dos vários atores ligados ao PRMS sobre a qualidade dos serviços prestados é boa, necessita, porém, além de afeto e de olhar a pessoa como um todo, de investimento em tecnologia. A pesquisa revelou que o atendimento dos residentes em medicina é ótimo para os usuários e a necessidade de inserção de disciplinas que discutam o tema das políticas públicas nos vários níveis de ensino.

Palavras chaves: humanização; cuidado à saúde; programa de residência multiprofissional em saúde; equipe multiprofissional.

ABSTRACT

This research project investigates the general purpose of your perception of different actors associated with the Multidisciplinary Residency Program Health University Hospital Getúlio Vargas (HUGV), organized in multidisciplinary teams, have about the quality of services provide keeping in view the National Humanization Policy (NHP), prevalent in the field of new health proposals. For this survey identified themselves as residents have realized, in their professional practice, the principles of humanization policies in health care. It is the quality of staff-user relationship in the care provided through the perceptions of service users. In addition they analyzed how managers position themselves as the implementation of the HNP. The research approach is qualitative, descriptive and exploratory. Was performed with 15 subjects of both sexes, divided into three groups: 07 professionals, 05 users and 03 managers of the Getulio Vargas University Hospital. The instruments used were a semi-structured interview and observation of processes occurring during the interview. The final data were analyzed based on content analysis with the themes and point out that Humanization is related to affection, communication and care within a specific context. The services of professionals in general were described as great and good practice. The work of the Multidisciplinary Team is still unknown to the users and the quality of staff-user relationship, was considered good. Quality care was associated with empathy and good communication in the user - professional. The managers have positioned themselves so shy about the implementation of the NHP, and for them to assess the effectiveness of the HNP is only possible with investment in information, communication between the responsible groups and various sectors of the hospital and investments in servers. So the perception of the various actors associated with the PRMS on the quality of services provided is good, need, however, along with affection and look at the person as a whole, investment in technology. The survey revealed that the care of residents in medicine is great for users and the need for integration of disciplines to discuss the issue of public policy at various levels of education.

Keywords: humanization; health care; residency program in multidisciplinary health; multidisciplinary team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas	11
2.2 O profissional de saúde e a produção humanizada do cuidado	12
2.3 A dinâmica do atendimento e o usuário	20
3 METODOLOGIA	25
3.1 Tipo de pesquisa	25
3.2 Participantes	25
3.3 Instrumentos	26
3.4 Procedimentos	26
3.4.1 Coleta de dados	26
4 RESULTADOS/DISCUSSÃO	27
4.1 Apresentação e análise de dados	27
4.2 Discussão dos resultados	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
CRONOGRAMA	45
REFERENCIAS	46
ANEXOS	48

INTRODUÇÃO

Este trabalho firma sua importância no reconhecimento, da centralidade que a POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO do Ministério da Saúde (PNH, 2009) assume no quadro geral dos cuidados à saúde; e no fato de que em consonância com tendências mundiais, as pessoas procuram os serviços de saúde de modo prioritário para seu cuidado e procuram cada vez mais um cuidado diferenciado e humano. Os profissionais de saúde, de seu lado, recebem apelos para desenvolverem um atendimento humanizado, de conformidade com um dos princípios da PNH que enfatiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, trabalhadores, gestores).

São encontrados diversos estudos enfocando a prática do cuidado humanizado, como o de Giordani (2008) em seu livro “*Humanização da saúde e do cuidado*” que aborda a prática do cuidar, quem cuida e quem é cuidado, enfatizando a necessidade da sensibilidade humana estar presente na atuação do profissional nas práticas humanitárias; que é preciso a humanização tornar-se uma cultura, eliminando assim a exclusão e possibilitando saúde para todos. Reforça também que o ser humano deve ser tratado em sua integralidade, e destaca a importância das relações interpessoais para a humanização na saúde.

Souza e Ferreira (2010) identificaram limites e sentidos da prática de humanização em uma UTI neonatal, através da ótica da equipe multiprofissional, e assinalam impedimentos para assistência humanizada: como a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho; conflitos de relacionamento e falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização.

Todos os seres humanos, tanto os clientes como os profissionais, devem ser tomados na atividade assistencial como humanos, como realmente são, com seus desejos, carências, necessidades, sentimentos, criatividade, inteligência, crenças e valores (NOGUEIRA - MARTINS, 2001). Este projeto parte do princípio de que todos os sujeitos devem ser

valorizados nas práticas de produção da saúde, pretende contribuir para um aprofundamento do conhecimento sobre a situação dos cuidados humanizados, a partir da perspectiva dos envolvidos; subsidiando assim reflexões críticas e propositivas para a reorganização dos serviços, bem como a garantia de direitos dos cidadãos seus usuários, porque valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida, privilegiando a ética no cuidado, enquanto se produz saúde, é humanizar (GIORDANI, 2008).

A relevância social de conhecer como é realizado o atendimento humanizado no cotidiano do serviço de saúde, a partir da percepção dos usuários, tendo em vista princípios norteadores da PNH é inegável. Assim como o ponto de vista dos residentes em equipe multiprofissional, a respeito dos princípios da PNH e sua experiência em hospital universitário poderão contribuir para capacitar homens e mulheres para lidar com práticas de gerir e de cuidar, pois, segundo Pasche, Coordenador da PNH:

Estes hospitais ocupam posição estratégica no SUS, quer seja por sua potencial capacidade resolutiva e a eficácia que podem agregar na rede de cuidados, quer seja por sua função de formação de trabalhadores da saúde. Experimentar a humanização nestes lugares, por estas razões, é então estratégico (2009, p. 2).

Para proporcionar um atendimento de qualidade, a política humanizadora valoriza o ser humano, garante o respeito às diferenças naturais entre indivíduos e contribui na implementação da PNH, pela qual se propõe algumas prioridades (PNH, 2004):

1. Serão reduzidas as filas, o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo em critérios de riscos;
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e se responsabilizarão por sua referência territorial;
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social de livre escolha e os direitos do código dos usuários do SUS;
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Tomando em conta esse quadro referencial temos como objetivo geral em nosso estudo, investigar a percepção que os vários atores ligados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas, organizados em equipes multiprofissionais, têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a Política de Humanização prevalente no campo das novas propostas em saúde. Como objetivos específicos pretendemos: 1) identificar, como os residentes da Equipe Multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas têm efetivado, em sua prática profissional, os princípios das políticas de humanização no cuidado a saúde; 2) verificar a qualidade da relação equipe-usuário, nos atendimentos realizados a partir das percepções dos usuários dos serviços e 3) analisar como gestores se posicionam em relação à implementação da PNH e avaliam sua efetividade dentro dos serviços providos pelo hospital.

A abordagem da pesquisa é qualitativa, que se preocupa com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno (MINAYO, 2004), e o número de sujeitos segundo Nogueira - Martins (2001, p. 62) pode variar “- *de um indivíduo até grandes grupos - e o foco do estudo pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição*” Assim, temos uma proposta de caráter descritivo e exploratório. Utilizamos como instrumento a entrevista Semi-Estruturada e observações anotadas em Diário de Campo. Tivemos como participante 15 sujeitos divididos em três grupos: 07 profissionais, 05 usuários e 03 gestores de ambos os sexos.

Para contextualizar melhor nosso estudo optamos por relatar alguns aspectos históricos do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em seguida apresentamos fundamentos da criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. E por fim abordamos aspectos do profissional de saúde, produção humanizada do cuidado, bem como sobre a dinâmica do atendimento ao usuário.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário

Getúlio Vargas

O Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV, 2010, s/p), tem como missão cultivar o saber em todas as áreas do conhecimento por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para a formação de cidadãos e para o desenvolvimento da Amazônia; sua visão é buscar reconhecimento da excelência alcançada no ensino público, na produção científica e na contribuição para o desenvolvimento social; atuar com servidores capacitados, valorizados e comprometidos com a missão; dispor de infra-estrutura adequada para a missão e gerenciamento eficaz dos processos administrativos acadêmicos e técnicos.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) funciona no HUGV, desde 2010 abrangendo 07 (sete) profissões, com um total de 12 vagas. O Programa divide-se em duas áreas de concentração: Saúde funcional e Intensivismo.

A área de Saúde Funcional oferece o Programa de Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas. Disponibiliza 01(uma) vaga para professor de Educação Física, 02 (duas) vagas para Fisioterapeuta, 01(uma) vaga para Assistente Social, 01 (uma) vaga para Enfermagem, 1 (uma) vaga para Psicologia e 01(uma) vaga para Farmácia.

O Intensivismo oferece o Programa de Atenção ao Paciente Adulto Neurológico em UTI. Disponibiliza 02 (duas) vagas para enfermagem, 01(duas) para Farmácia, 02 (duas) vagas para Nutrição.

O PRMS, (Manual, 2011) foi criado pela Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Este programa é definido pela Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008, Art.1 do Ministério da Educação (MEC), como modalidade em ensino de pós-graduação *latu sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob forma de curso de especialização. Caracterizado por ensino

em serviço, sob orientação de profissionais de elevada qualificação, com finalidade de capacitar profissional de saúde, visando à inserção qualificada de recém-graduados para atuar em sistemas e serviços públicos. O referido programa constitui-se como uma capacitação em serviço, com base nas diretrizes definidas pelos Ministérios da Educação e Saúde e orientado pelos princípios e diretrizes do SUS. A proposta é voltada para a formação de um profissional crítico – reflexivo sobre os processos de trabalho em saúde, capacitado para entender e responder às necessidades e demandas de saúde dentro da realidade social local e regional.

2. 2 O profissional de saúde e a produção humanizada do cuidado

Instituída pelo Ministério da Saúde desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH, 2004, p.7), determina uma nova relação entre o usuário e serviço de saúde, onde a saúde é tomada como valor de uso, tomar a saúde como valor de uso *“é ter como padrão na atenção, o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, e estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social”*. Nesse processo torna-se necessário aceitar a humanização como *”Política transversal”*, que supõe sejam ultrapassadas as fronteiras, por vezes rígidas, entre as diversas formas de saber e poder, o que culminará numa construção coletiva de cuidados na saúde.

O profissional da rede de Saúde Pública mais do que nunca está implicado como ator importante na Política de Humanização da rede SUS, pois *“contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários”* (PNH, 2009, p.17) é uma de suas várias atribuições previstas.

Para Giordani (2008), é importante conscientizar estudantes e profissionais sobre a humanização, para que enquanto atuam no mercado discutam essa temática com relação à ética e moral na profissão, o uso do bom senso e resgate dos valores humanos prioritários às relações humanas, ampliando assim sua visão da complexidade das relações humanas dentro

das instituições. É um chamado para a implantação de uma cultura humanizadora que aperfeiçoe o profissional como pessoa.

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS o HumanizaSUS (2009, p. 8) a humanização é entendida como: “*a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores*”, ou seja, nenhum dos envolvidos no ambiente da saúde é descartado no processo de humanização, pois as características particulares de cada pessoa, suas ações, necessidades e percepções é que fazem a diferença, e são úteis para a construção coletiva de um sistema de saúde humanizado.

No processo para um sistema de saúde humanizado estão incluídos alguns valores que norteiam a PNH, os quais são a *autonomia* e *protagonismo* dos sujeitos, a *co-responsabilidade* entre eles, o estabelecimento de *vínculos solidários*, a *construção de redes* e a *participação coletiva* no processo de gestão (Idem, p. 8-9). Neste contexto todos os sujeitos envolvidos no ambiente da saúde: usuários, equipe multiprofissional e gestores, são convocados a participar do processo de construção da saúde para um SUS Humanizado, exercendo cada um o seu devido papel.

A propósito dos papéis, o HumanizaSUS (2004, p.7) diz que a Humanização se auto define em, “*aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho*”. Desse modo a humanização exige de cada profissional mudança na forma de ver o usuário, na maneira de prestar serviço público com qualidade.

Para a prática do cuidado humanizado, existem princípios. Segundo a PNH (Idem p.23), princípio é “*... o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no contexto das políticas públicas*”, neste sentido a PNH possui *três princípios básicos*, os quais servem de referência para seu desdobramento: transversalidade,

transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos e indissociabilidade entre atenção e gestão. A transversalidade “*augmenta o grau de responsabilidade intra e intergrupos*” (PNH, 2004, p.23), por que valoriza as experiências coletivas referentes a grupos, o que sinaliza a possibilidade de se fazer uma conexão com outros grupos de trabalho. No caso dos residentes em equipe multiprofissional, podem confrontar suas práticas na saúde funcional ou intensivismo, por exemplo.

Para que o profissional de Saúde Pública preste um serviço de qualidade, o HumanizaSUS (PNH, 2009, p.21), traz orientações básicas aos trabalhadores de como proceder em suas atividades valorizando a subjetividade e coletividade “*em todas as práticas de atenção e gestão no SUS*”, orienta também os trabalhadores a trabalhar “*em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade*”.

No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais devem ser de “*diferentes áreas e saberes, organizados em função dos objetivos e missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários*” (Idem, p.60). Estabelecer-se como referência é trabalhar com um mesmo objetivo, uma única missão: o cuidado humanizado do usuário.

Oliveira *et al* (2005), realizaram um ensaio, resultado de um processo de reflexão em torno da equipe multiprofissional de um ambulatório especializado em HIV/Aids na cidade de São Paulo, a partir das relações entre cuidado e humanização das de ações de saúde. Primeiro os autores conseguiram identificaram que a equipe considerava humanizado a atenção prestada, por haver *escuta e resposta a diferentes necessidades* dos usuários, além do controle da infecção pelo vírus. Os autores observaram que estas ações não eram incorporadas ao projeto de atenção propriamente dita, mas por questões de melhorar a adesão do usuário às medidas terapêuticas.

Estes pesquisadores reforçam que as práticas de saúde devem ter um caráter interativo e não podem ser inteiramente controladas e resolvidas somente com a aplicação técnica de um saber de natureza científica:

[...] cada usuário de um serviço de saúde constituirá sempre um “caso” a ser apreciado em dois sentidos diversos, embora interligados. Será um caso no sentido de aplicação de determinadas regras ou comportamentos universalmente verificáveis à situação particular do indivíduo doente, caracterizando sua condição clínica particular (seu caso de saúde), conforme categorias utilizadas pela medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc. Mas será também um caso em um sentido singular, no qual o adoecimento ou preocupação com a saúde de um indivíduo ganha contornos únicos no âmbito de sua biografia (o caso da sua saúde), tanto em termos das suas origens e determinantes como de suas implicações e significados (GADAMER, 1997 *apud* OLIVEIRA, *et al* 2005, p.691).

Os autores salientam a importância do diálogo entre profissional - usuário, e assinalam que no mundo das ciências e técnicas biomédicas, é mais fácil a acomodação àquilo que já é conhecido. Sobre esta realidade entendem ser fundamental um esforço contínuo de “*equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas, de construção de espaços de efetiva comunicação*” (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 697) , onde poderão correlacionar objetivos técnicos e finalidades mais amplas de sucesso prático de usuários e populações. Assim podem fazer fomentando cursos de capacitação, treinamentos, movimentos que promovam conscientização extensiva sobre a humanização do cuidado, através de questionamentos, debates, diálogos, consensos e conflitos que podem ser compreendidos com mais clareza se baseando no fazer dos profissionais envolvidos nos serviços de saúde, na afetividade e em ações enriquecedoras presentes na abertura desses espaços.

Souza e Ferreira (2010), também realizaram uma pesquisa qualitativa e exploratória numa perspectiva de 10 (dez) anos de humanização. Os participantes foram 12 profissionais da equipe multiprofissional de uma UTI neonatal, nas seguintes áreas do conhecimento: Assistente Social, Enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos e técnicos de enfermagem. O objetivo do estudo foi analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, a

proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta desta forma de assistência.

A pesquisa demonstrou que existem importantes pontos de impedimentos para a oferta da assistência humanizada, como: a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização, como o alojamento de nutrízes. O estudo revelou que, embora existam obstáculos, os profissionais criam estratégias para atender ao que foi preconizado na PNH e através dos relatos da equipe multiprofissional, foram identificados sentidos da humanização como *cuidado integral*; *cuidado ampliado* e *promoção de conforto* (SOUZA e FERREIRA, 2010 p. 473 e, 474):

Leite *et al* (2010, s/d) realizaram uma análise da literatura para identificar as dificuldades enfrentadas por profissionais de enfermagem, com relação à prática do cuidado humanizado, dentro dos hospitais. Constatou-se que alguns enfermeiros atribuem a melhora das enfermidades de seus pacientes a execução de uma técnica precisa, de seguir padrões com frieza e exatidão e executar as prescrições sem questionamentos; enquanto outros acreditam que uma boa assistência acontece quando se tem uma visão holística, carregada de solidariedade e benevolência, ou seja, uma relação de ajuda e empatia, colocando a humanização como base da enfermagem.

Na realidade admitem os autores que falta à enfermagem “*manter um pouco mais de contato pessoal, fornecendo aos seus pacientes/clientes, além da assistência profissional, o carinho. A atenção e a responsabilidade, o que repercutirá na assistência com qualidade*” (LEITE, *et al*, 2010, s/d).

Para Larouse (1995 *apud* Leite *et al*, 2010, s/d), a assistência da enfermagem na área hospitalar é fundamental para desenvolver a humanização no Brasil. Pois, na sua essência, humanizar é “*tornar humano, benévolo, sensível e caridoso*”, mudando os paradigmas de

gestão, proporcionando aos profissionais um envolvimento maior no processo de produção de um atendimento com respeito, simpatia e cortesia.

Nas práticas diárias os profissionais envolvidos na atenção e gestão, devem estar atentos para o terceiro princípio no exercício da produção do cuidado humanizado: a indissociabilidade, pois não deve haver separação entre “*clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeito*” (PNH, 2009, p.23). Todos os profissionais devem se esforçar para atuar no seu local de trabalho em sintonia com as Políticas Públicas e compreender que a produção de saúde está relacionada à construção dos sujeitos.

Construir sujeitos saudáveis na produção humanizada do cuidado exige a transformação na forma de relação e de comunicação entre o profissional e o usuário. Segundo Balint (1978 *apud* CAMPOS, 1995, p.56) na relação entre o médico e o cliente, alguns fatores devem ser considerados, como a “*autoridade exagerada*” que o paciente confere ao profissional, esperando passivamente que este resolva todos seus problemas, ele submete-se e não faz questionamentos. Nesta relação usuário-profissional, cada indivíduo se diferencia um do outro, por determinação biológica ou de acordo com Campos (1995, p.56), pelas “*leis complexas relativas às ciências humanas, em que o individual, o único, é dificilmente apreensível*”, o que requer um diagnóstico da pessoa completa, incluindo aspectos psicológicos e sociais.

Ainda sobre as relações usuário-profissional, a autora destaca que, o que geralmente se prioriza são os aspectos biológicos relativos à doença em detrimento de aspectos subjetivos, sociais e culturais. Esta priorização, comum à lógica médica, tem implicações tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde, pois a realização de qualquer ação técnica acontece sempre a partir de uma relação intersubjetiva e provoca repercussões em todos os envolvidos. O reconhecimento destas repercussões é um importante fator para o

conhecimento e atendimento das necessidades ali expressas. No entanto, esta tarefa é bastante complexa.

Ainda sobre a questão da relação usuário-profissional de saúde, Ribas (2005, p.3) acredita que *“a atenção integral supõe tanto o oferecimento de todo recurso técnico disponível para o restabelecimento e preservação da saúde quanto o oferecimento de qualidade nos vínculos usuário-profissional”*. Neste sentido a qualidade nos vínculos é entendida como atenção à maneira pela qual as relações se formam, pelo respeito às individualidades de cada pessoa e pela boa comunicação interpessoal.

Pensando em termos de comunicação interpessoal, um paciente em consulta, por exemplo, transmite em seu discurso mensagens que vão além do mau funcionamento de seu corpo, segundo afirma Haynal (1981 *apud* CAMPOS, 1995, p. 57) *“Os múltiplos aspectos da solicitação do doente constituem toda a complexidade de seu encontro com o médico; ele não vem só trazer-lhe um órgão doente, mas também a ansiedade e os problemas psicológicos ou sociais que dele decorrem”*.

Deste modo o autor destaca que as mensagens do doente são um pedido de socorro e indicam condições sociais da doença que atuam de forma indireta sobre os profissionais, os quais lidam continuamente com os enfermos. Eles sentem o impacto total do estresse gerado pelo cuidado com as pessoas. Essa sobrecarga recebida pelos profissionais faz parte do sofrimento, das situações experienciadas pelos sujeitos, que segundo Balint (1978 *apud* CAMPOS, 1995, p.56) leva à *“necessidade de descobrir com o paciente, a maneira de sair das situações conflituais em que se encontra”*.

As relações dentro do contexto dos serviços de saúde, tal como todas as relações humanas, são marcadas pelo conflito. Situações de conflito são geradas por exigências ambientais e necessidades pessoais que visam uma satisfação ou atenção. Conflito é entendido por Alencar (1986, p.27) *“como um tipo especial de frustração, que se caracteriza pelo*

aparecimento de duas ou mais necessidades, desejos, ou tendências de respostas incompatíveis”. Podendo ocorrer por pressões internas e externas opostas ou entre exigências externas que não podem ser satisfeitas. Neste sentido uma pessoa em fisioterapia, busca um resultado final positivo que às vezes é demorado e outras vezes o esperado não ocorre. O fato do sujeito não alcançar o desempenho desejado no caso da fisioterapia é exemplo típico de frustração.

Neste contexto, e segundo o mesmo autor, *“frustração é uma situação em que uma barreira ou obstáculo impede a obtenção de um objetivo pelo sujeito”* (1986, p.28). Ela pode ser exterior ao indivíduo, ligada a fatos no seu ambiente físico ou social. Mesmo uma pessoa sendo submetida à intervenção cirúrgica quando sua recuperação não supre suas expectativas, fica frustrada.

Este sentimento de frustração pode ser causado também pela deficiência física congênita ou adquirida em acidentes, bloqueando os alvos do sujeito (Idem). É uma vivência de tensão, direcionando a reação do ser humano, varia de acordo com os antecedentes históricos de cada pessoa e a atitude de cada um vai depender de como vivenciou situações semelhantes. A pessoa pode continuar insistindo naquele objetivo, se tornar indiferente, manifestar comportamento imaturo, apresentar estereótipos, agredir a fonte da frustração, a qual pode ser o próprio profissional ou direcionar o ataque para outros objetos que não sejam a causa da frustração, enquanto outros clientes podem reavaliar a situação de forma a tentar outros meios para alcançar o objetivo.

Outras situações podem estar presentes no cotidiano dos profissionais da saúde ocasionando sentimentos de frustração de ambos: profissionais e usuários. Como o caso de um paciente na iminência de submeter-se a cirurgia. Este tende a apresentar uma aparente satisfação quando na realidade está escondendo medo e, inclusive segundo Sebastiani, *”o medo de morrer”* (2003, p.33). Esse medo geralmente tem fundamento, ainda que haja uma

intensificação da fantasia pelo estado de enfermidade, pois quando é submetida à cirurgia uma pessoa teme a dor, a anestesia, as conseqüências da intervenção e o próprio temor da morte.

Também diante do temor da morte o ser humano pode se comportar de maneira agressiva. Segundo Sebastiani, *“a agressividade, basicamente, é uma proteção. É a força que muito mais que apenas o medo, permite progredir”* (2003, p.54). Um modo natural de proteção humana, principalmente quando se trata de saúde e doenças, ela pode se manifestar em todas as atitudes e incidentes da vida do sujeito. Neste sentido a agressividade é histórica, não é necessariamente causada pelas ações da equipe hospitalar, podendo ser expressa por movimentos físicos, palavras ou mesmo pelo total silêncio.

Sebastiani (Idem, p. 56) destaca ainda que as várias formas de reação de um paciente agressivo dependem de suas *“vivências individuais e principalmente a forma particular como ele está encarando e elaborando o episódio conflitivo de doença, internação e tratamento”*. Nesse sentido vê-se a importância de um atendimento usuário-profissional voltado para a valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas como prevêm as Políticas Públicas na área (PNH, 2009). Trata-se de ações e atos de atenção da instituição de saúde e servidores na viabilização da Saúde Pública como um direito do cidadão, o qual está garantido no Art. 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: *“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*.

2.3 A dinâmica do atendimento e o usuário

O atendimento na atenção hospitalar de acordo com a PNH (2004, p.14), deve observar os dois níveis crescentes de padrão para adesão a PNH, o B e o A. No primeiro é *“garantida a visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante”*. Também inclui criar *“mecanismos de recepção com acolhimento”* e criar *“mecanismos de escuta para a população”* e a atuação de *“Equipe multiprofissional”*, a qual

fará o acompanhamento dos pacientes internados devendo atender a família em horário combinado ou à sua rede social, na atenção a saúde.

No B, o grupo de Trabalho de Humanização (GTH) está com plano de trabalho implantado; há garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade, bem como as peculiaridades dos acompanhantes; ouvidoria em funcionamento; equipe multiprofissional atuando, composta pelo menos de médico e enfermeiro, de atenção à saúde para seguimento dos doentes internados; Conselho gestor funcionando; plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implantação, entre outras propostas descritas para atenção hospitalar (HUMANIZASUS, 2004)

Neste sentido o espaço Hospitalar pode ser percebido como um lugar seguro, um lugar de construção da autonomia, do autocuidado, onde profissionais de saúde são guardiões da integridade da vida, proporcionando bom atendimento ao usuário, na atenção é preciso humanizar o atendimento, pois, humanizar segundo a Política Nacional de Humanização, é *“ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e condição de trabalho dos profissionais”* (2004, p.6). Neste sentido humanizar para possibilitar atendimento de qualidade, implica em atitudes e ações não só por parte do profissional, mas também pelas condições e ambiente de trabalho que o hospital oferece em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).

No campo da saúde qual o significado do termo humanizar? Alguns autores como Deslandes (2004, p. 8 *apud* GIORDANI, 2008, p.34) entendem humanizar como *“assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referenciais culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”*. Essa compreensão lembra segundo Giordani (2008, p. 34), demandas antigas de democratização das relações envolvidas

no atendimento, exigindo “*maior diálogo melhoria das comunicações entre profissional de Saúde e cliente*”.

Outros autores como Traverso-Yèpez e Morais (2004 *apud* GIORDANI, 2008, p. 34), defendem que é preciso resgatar a subjetividade e a relação comunicativa entre profissional e usuário nos serviços prestados, o que viabilizará o atendimento, eliminando o descompromisso, a frieza e impessoalidade patente no tratamento ao cliente. Mas “*humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, sem comunicação não há humanização, a qual depende da capacidade de falar e ouvir, uma vez que para humanizar é preciso valorizar o diálogo*” (WOOD, 2007 *apud* GIORDANI, 2008, p. 34).

Na compreensão de Deslandes (2004 *apud* GIORDANI, 2008, p.72), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2007, foi substituído, poucos anos depois “*por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico*”, mesmo porque apesar do foco do ministério estar voltado para as instituições hospitalares públicas, há deficiências na área da saúde também na rede básica e ambulatorial.

Prosseguindo sobre qualidade no atendimento ao usuário, o Ministério da Saúde, através da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde (2007), o 1º Princípio sobre o atendimento prioritário, assegura “*ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz*” (p.4). E no 2º Princípio assegura ainda que o cidadão terá um “*atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequado para os profissionais*” (p.5). Dentro desta perspectiva fica claro que fazer atendimento de qualidade requer boas condições de trabalho aos profissionais e uma parceria entre as várias instituições envolvidas com o SUS e profissionais para oferecer atendimento adequado ao cidadão.

Com o propósito de proporcionar atendimento diferenciado, a PHN, elaborou algumas diretrizes, que orientam a Política, expressando o método de inclusão numa sociedade onde a desigualdade ainda impera. As diretrizes da PNH (2009) são: Clínica ampliada; Co-gestão, Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos direitos do usuário; Fomento das grupalidades, coletivos e redes; e Construção da memória do SUS que dá certo.

Um hospital que segue estas orientações com suporte tecnológico e os profissionais oferecem um atendimento de qualidade e humanizado é um ambiente propício para receber o doente em seu espaço, o qual chega a passar por situações diversas ao procurar tratamento, conforme afirma Campos (1995, p.27), *“o paciente tem que se expor, desde enfrentar filas, aceitar a rotina imposta nas consultas e encaminhamentos e acatar os tratamentos impostos, com as dificuldades a enfrentar pelas prescrições medicamentosas, muitas vezes de difícil aquisição pelo paciente”*. Isso tudo parece normal e a população sofre as várias formas de injustiças sociais no cotidiano e ao buscar ajuda nos hospitais, podem ocorrer cenas das mais lamentáveis, entendidas como “normal”. Assim o usuário doente obriga-se a crer na normalidade das agressões na procura por saúde.

Dentro desta perspectiva é necessária da parte do profissional a interpretação fiel das múltiplas mensagens, verbalizadas ou não por aquele que procura atendimento, para isto a sensibilidade do profissional possibilitará melhor percepção do outro e demonstração de interesse pela pessoa em sofrimento humano, mesmo que este sofrimento seja colocado em palavras, sempre exigirá do profissional de Saúde, sensibilidade para compreender a situação específica do cliente (GIORDANI, 2008).

Corroborando com a importância da comunicação, Ayres (2004b *apud* OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 696) sobre a busca por práticas humanizadas afirma que é *“um ideal digno de ser perseguido e construído concretamente no cotidiano do trabalho em saúde, essa aposta em*

um diálogo aberto e produtivo entre a arte tecnocientífica do tratar e a reconstrução livre e solidária que se quer ser feliz”.

Quando internados, os clientes em geral têm dificuldades para responder se o atendimento está correto ou se os procedimentos realizados são os mais adequados às suas necessidades. As pessoas evitam falar quando se sentem mal no hospital, outras representam papéis de pacientes que querem agradar a equipe, se comportam de forma a agradar os profissionais, pois, há gratificação para um bom paciente (GIORDANI, 2008).

A realidade da assistência no Brasil está envolta em contradições, desigualdades que precisam ser desconstruídas. Diante deste fato, Giordani (2008, p. 69), conclama os profissionais a que *“tenham convicção que é possível não apenas refinar o processo do cuidar como também dar um sentido humanizado ao atendimento e assistência à população”*. As pessoas que procuram atendimento estão adoecidas, e o profissional que cuida dos doentes também pode adoecer e posteriormente precisar de atendimento nos serviços de saúde, que poderão estar descompromissados com o *“exercício do respeito à vida e da dignidade humana”*. Deste modo cabe ao profissional sensibilizar-se e assumir o compromisso de oferecer serviço público de qualidade, inclusivo, causando mudanças significativas no local onde atua, proporcionando melhorias ainda que em longo prazo, nos vários setores de saúde.

A exposição até agora ressalta a importância de se considerar as *relações humanizadas* no atendimento à saúde, tendo em vista a multideterminação dos estados de saúde – doença - cuidado e a necessidade de compreender as dinâmicas relacionais que se desenvolvem no espaço dos serviços de saúde envolvendo atitudes, posturas e sentimentos de usuários e profissionais. Ademais entendemos que esse espaço é conflitivo por definição e atravessado por processos psíquicos que estruturam formas particulares de subjetivação, implicando numa facilitação maior ou menor da eficiência dos cuidados administrados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Quanto ao tipo de pesquisa, é de campo com abordagem qualitativa, porque se preocupa mais em se aprofundar e abranger a compreensão do fenômeno de acordo com o contexto (MINAYO, 2004). Nossa proposta aqui tem caráter descritivo e exploratório. Descritivo, no sentido de que se pretende traçar um quadro de percepções e representações que descrevam o conjunto de saberes/fazer dos vários envolvidos no cuidado humanizado; e exploratório no sentido de que trilhamos em terreno ainda inexplorado, em que faltam dados empíricos de comparação e por isso investigaremos com o intento de buscar conhecimento ainda escasso na área, no que diz respeito à Região Norte e cidade de Manaus.

3.2 Participantes

Os participantes são em número de 15 divididos em três grupos: 07 profissionais residentes, 05 usuários e 03 gestores; Foram entrevistados 07 profissionais com faixa etária entre 23 e 40 anos, de ambos os sexos; 05 usuários com faixa etária entre 20 e 78 anos, de ambos os sexos, sem origem indígena e não portadores de deficiência mental. As entrevistas foram realizadas com 01 profissional residente de cada área perfazendo 07 profissionais (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, farmacêutico, assistente social e professor de educação física) convidados em sala de aula e 05 usuários selecionados por conveniência, abordados em sala de espera no serviço ambulatorial, submetidos ao método de *inclusão e exclusão* do seguinte modo: para participar da pesquisa o usuário deveria estar de retorno ao médico, no mínimo pela segunda vez, não poderia participar quem estivesse sendo atendido pela primeira vez no ambulatório.

Para selecionar os 03 gestores priorizou-se um profissional de psicologia e um assistente social, por entender-se que são profissões bastante próximas dos aspectos sociais e

culturais em suas práticas, e um enfermeiro por ser a profissão historicamente ligada em se tratando de cuidado.

3.3 Instrumentos

O instrumento utilizado foi uma *entrevista do tipo semi-estruturada*, com roteiro previamente estabelecido com três modelos, um aplicado aos usuários, outro à equipe multiprofissional e outro aplicado aos gestores (anexo A). Utilizamos também o *Diário de Campo* como fonte de registro complementar anotando observações sobre o processo de realização das entrevistas.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Coleta de dados

Primeiro foram realizados contatos com a direção do HUGV com o objetivo de obter autorização para a pesquisa no hospital. Concedida a autorização, a pesquisadora foi apresentada à Equipe de residentes no dia 20/09/2010, pela professora Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez, preceptora do PRMS e orientadora, no Auditório da Santinha, local onde são ministradas as aulas teóricas aos alunos do Programa.

A coleta de dados ocorreu entre 29 de setembro de 2010 e 09 de fevereiro de 2011, em dia e hora previamente agendados com os profissionais para sua conveniência. As entrevistas duraram entre 15 e 25 minutos, foram aplicadas de forma individual, no local onde o participante se encontrava, não houve necessidade de deslocá-los. No caso dos usuários, não houve agendamento, preferiram dar a entrevista na sala de espera, enquanto aguardavam o atendimento médico, não quiseram se afastar do local para não perder a vez.

Foram entrevistados 07 profissionais de diferentes áreas do PRMS e 05 usuários do Ambulatório Araújo Lima e 03 gestores do HUGV, totalizando 15 entrevistados. Os 07 profissionais entrevistados foram: 01 professor de Educação Física; 01 Fisioterapeuta; 01

Enfermeiro; 01 Psicólogo; 01 Nutricionista; 01 Assistente Social e 01 Farmacêutico, os quais serão identificados pela palavra “Residente”, seguida de um número, por exemplo, Residente1, Residente 2 e etc. Os profissionais têm faixa etária entre 23 e 40 anos, de ambos os sexos, e todos com 01 ano de experiência na residência. Quanto aos 05 usuários entrevistados, são de ambos os sexos, com faixa etária entre 20 e 78 anos, com escolaridade de nível fundamental e médio. Os gestores têm idade entre 32 e 38 anos, com formação superior em Psicologia, Enfermagem e Serviço Social.

As entrevistas foram gravadas em *áudio* e transcritas literalmente para a análise. O conjunto das entrevistas juntamente com outras informações coletadas no processo de sua realização constitui o *corpus* da análise em discussão.

4 RESULTADOS/DISCUSSÃO

4.1 Apresentação e análise de dados

O material coletado foi submetido ao método de análise de conteúdo (GOMES, 2002) seguindo as seguintes etapas: a) leitura inicial para obter uma compreensão geral do material; b) escuta exaustiva das entrevistas; c) identificação das unidades de significação que emergiam das falas dos entrevistados; d) comparação das diferentes unidades de significação intra e intergrupos dos residentes e usuários; e) descoberta de núcleos de sentidos em torno dos quais giram a construção das percepções; f) interpretação dos resultados parciais e conclusão dos núcleos de sentidos encontrados. O material analisado está no Anexo – D (Usuários); Anexo – E (Equipe Multiprofissional) e Anexo – F (Gestores).

Verificou-se que o tempo de experiência dos 07 profissionais residentes entrevistados da RPMS, varia de 01 a 09 anos no serviço de saúde pública e ambos atuam juntos há um ano. Com respeito aos 05 usuários entrevistados, 03 são idosos aposentados e 02 jovens adultos, com nível escolar de ensino fundamental e médio, enquanto os gestores têm formação

superior e experiência mínima de 06 anos no HUGV. O Gestor1 trabalhou em equipe de humanização em outro setor do governo, o Gestor2 fez um curso de “Gestão da qualidade” na Universidade Federal do Amazonas com ênfase no tema.

Quanto aos resultados, na discussão apresentaremos nove núcleos temáticos: o primeiro é de idéias relacionadas a um conceito de humanização para profissionais e usuários, depois qualificando o atendimento dos profissionais, o trabalho da equipe Multiprofissional nos atendimentos, a qualidade da relação equipe – usuário, o usuário e o atendimento, a prática dos residentes do PRMS, os princípios da PNH na prática dos profissionais, implementação da PNH e o posicionamento dos Gestores, a efetivação da PNH na percepção dos Gestores e finalmente nossas considerações finais.

Partindo de uma Análise de Conteúdo Temática baseada em Gomes (2002), buscou-se descobrir núcleos de sentido no significado das palavras que formam a comunicação, cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para atingir o objetivo proposto. Nesta pesquisa os núcleos de sentido foram entendidos como eixos, em torno dos quais giram outras idéias.

4. 2 Discussão dos dados

Idéias sobre o conceito de humanização

Do conjunto das falas dos residentes sobre o que seria humanização, a palavra humanização (Quadro 1), apresentou-se associada a idéias que foram classificadas em três núcleos de sentido: (1) *afeto*, (2) *comunicação*, (3) *contexto*.

O núcleo de sentido *afeto* associou-se à natureza humana, como sujeito composto de sentimentos e emoções. É um ser que dá e recebe carinho, e quando doente, torna-se mais sensível, dependente de que alguém compreenda sua dor. Essa idéia de afeto foi expressa por residentes da área de biológicas, que segundo Leite, *et al* (2010, s/d), no caso da enfermagem

“*deve manter um pouco mais de contato pessoal, fornecendo aos seus pacientes/clientes, além da assistência profissional, o carinho*”.

O *afeto* pode ser uma atenção mais voltada para a pessoa como ser humano, que neste sentido, deve ser mais importante que a doença. O *afeto* também foi relacionado à empatia do profissional que entende o que o paciente sente e se coloca no lugar do outro.

O segundo núcleo é a *comunicação*, relacionada à necessidade de relações humanas, ao uso da linguagem, verbal ou não verbal, na troca de idéias para expor seus sentimentos e para fomentar conhecimento sobre a situação do paciente entre os profissionais. Neste aspecto, Haynal (1981 *apud* CAMPOS, 1995), enfatiza que a ansiedade, problemas sociais e psicológicos fazem parte da solicitação do doente na relação com seu médico. Para os residentes, a comunicação contribui para o bom atendimento no simples ato de “[...] dá pelo menos um bom dia... Um sorriso [...]” (Residente 1 Quadro 1), e isso é humanização, o profissional entender os sentimentos do paciente e compartilhar com ele através do diálogo esses sentimentos e conflitos que atingem o coração e a mente dos sujeitos. A humanização relacionada à comunicação acontece quando o profissional possibilita ao paciente expor suas emoções, e escuta.

O terceiro núcleo é o *contexto*. Humanização como contexto se refere a uma visão do todo, a um cuidado amplo, que abrange o ser humano em sua complexa estrutura, no ambiente físico hospitalar e das relações humanas, uma visão holística do paciente. Este núcleo foi o mais mencionado pela equipe e para cuidar da pessoa inteira, segundo Vasconcelos (2006, *apud* GIORDANI, 2008, p. 105) é necessário por parte do profissional “*uma entrega pessoal como pessoa por inteiro*”, com todo o desenvolvimento e integração em si, das dimensões, intuitiva, afetiva, racional e instintiva, podendo assim, investigar os mínimos detalhes da necessidade do sujeito para um atendimento mais próximo da sua realidade, evitando sofrimentos desnecessários.

O sentido de contexto também engloba a valorização da visita e do respeito ao acompanhante, como ser humano que tem sentimentos, é uma visão que alcança todos os aspectos que envolvem os atores da saúde, tanto profissionais como usuários. Esse núcleo de sentido também parece se relacionar com a clínica ampliada, na qual são garantidos os direitos de visita aos usuários por seus parentes, amigos e redes sociais.

Para saber o que os usuários entendem por humanização foi necessário perguntar se eles tinham ouvido *falar de humanização* (Quadro 2, ANEXO –B,). Dentre os 05 entrevistados apenas 03 dizem ter ouvido falar em humanização, os outros responderam que não ouviram falar sobre o tema. Do conjunto das falas dos usuários (Quadro 3) resultou em um único núcleo de sentido: *comunicação*.

A *comunicação* foi relacionada pelos usuários à humanização como um tratamento humano, considerando as peculiaridades da natureza humana. Deste ponto de vista a *comunicação* está relacionada à interação, ao jogo de palavras presentes nos atendimentos, na recepção e entrevistas médicas, que mobilizam os mais variados sentimentos.

O sentido de *comunicação*, que expressa humanização para os usuários, está ligada com a dinâmica do atendimento na relação entre profissional-usuário, onde um fala e o outro ouve, ou pelo menos, é esperado que em um atendimento humanizado o atendimento de qualidade resulte em troca de informação, que satisfaça ambas as partes, a do usuário que busca serviço, e a do profissional que oferta.

Categoria 1. Conceitos de Humanização para a Equipe Multiprofissional

Depoimentos	Idéias
<p>“[...] É ter mais digamos o afeto... Pra pessoa... e não para o problema [...]” (Residente 1).</p> <p>“[...] É você olhar o contexto geral da pessoa [...]” (Residente 1).</p> <p>“[...] É chegar com a pessoa e dá pelo menos um bom dia... Um sorriso [...]” (Residente 1).</p>	<p>Afeto</p> <p>Contexto</p> <p>Comunicação</p>
<p>“[...] É atender o usuário na sua integralidade... Levando em consideração seu bem estar [...]” (Residente 2).</p> <p>” [...] Está relacionado a estrutura física [...]” (Residente 2).</p> <p>“[...] É a forma de atendimento... Tratar esse usuário, levando em consideração as suas necessidades [...]” (Residente 2).</p>	<p>Integralidade</p> <p>Ambiente</p> <p>Contexto</p>
<p>“[...] Humanizar [...]” (Residente 3).</p> <p>“[...] Se colocar no lugar da outra pessoa. Entender o que a outra sente e é tentar compartilhar seus sentimentos e emoções” (Residente 3).</p>	<p>Ser humano</p> <p>Afeto</p> <p>Comunicação</p>
<p>“[...] É uma ação diferenciada [...]” (Residente 4).</p> <p>“[...] Ações voltadas ao... lado mais subjetivo... Qualitativo para os pacientes. [...] Dentro da área da saúde, atendimento em clínica, ambulatório, qualquer setor da saúde” (Residente 4).</p>	<p>Ação</p> <p>subjetiva</p>
<p>“[...] Uma forma de atender o paciente junto com os outros profissionais... Forma... global... Próxima da realidade daquele paciente... Forma que... não seja doloroso para esse paciente... Não tenham trauma [...]” (Residente 5).</p> <p>“[...] Proporcionar estada desse paciente aqui da melhor maneira possível... Que não sofra [...]” (Residente 5).</p> <p>“[...] Atendimento... O melhor atendimento... Atendimento mais próximo da realidade dele [...]” (Residente 5).</p>	<p>Comunicação</p> <p>Contexto</p> <p>Evitar dor</p> <p>Contexto</p>
<p>“[...] É estar respeitando os princípios das pessoas... Suas limitações... A pessoa como um todo [...]” (Residente 6).</p>	<p>Comunicação</p>
<p>“[...] Seria a visão não só do tratamento do paciente, mas do ambiente de trabalho para não ser... Mecanizado [...]” (Residente 7).</p> <p>“[...] É você se voltar para o ser humano [...]” (Residente 7).</p> <p>“[...] Visa não só o paciente, mas... Aquele que o acompanha [...]” (Residente 7).</p>	<p>Contexto</p> <p>Afeto</p> <p>Contexto</p>
<p>Síntese das respostas</p>	<p>Comunicação</p> <p>Afeto</p> <p>Contexto</p>

Quadro 1 - Quanto aos princípios da PNH.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 2. Conceitos de Humanização para o usuário

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] a pessoa é tratada como ser humano... Com carinho, com respeito [...]” (Usuário 1).</i>	Comunicação
<i>[...] um desenvolvimento entre os médicos e a pessoa, né? Com seu paciente, o bem-estar dele pra saber (Usuário 2)</i>	Comunicação
<i>É tratar uma pessoa, com respeito, com carinho. É isso, eu acho [...]” (Usuário 3).</i>	Comunicação
<i>“[...] que seria?... Não tenho nem noção [...]” (Usuário 3).</i>	Questionamento
<i>[...] Aliás, mais ou menos é o que Humanização?... É assim sobre atendimento, não é? (Usuário 4).</i>	Questionamento
<i>“Eu não posso entender o que é. Não sei o que é. O que é?” (Usuário 5).</i>	Questionamento
Síntese das respostas	Comunicação

Quadro 2 – Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 3. Um conceito de humanização para gestores

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] É oferecer um serviço de qualidade aos usuários, de forma singular, olhando as particularidades de cada um [...]” (Gestor 1).</i>	Cuidado
<i>“É eu tratar meu semelhante como eu gostaria de ser tratado [...] Com atenção, com respeito...” (Gestor 2)</i>	Cuidado
<i>“Humanização... é uma Política pública. Voltada ao usuário... ao profissional do serviço de saúde... vem... Ajudar a melhorar esses relacionamentos, do profissional com o usuário. A humanização... É um conjunto de atitudes... De virtudes, quem venham a melhorar os relacionamentos humanos [...] Estar atento ao outro... Você vê as necessidades do outro” (Gestor 3).</i>	Comunicação Cuidado
Síntese das respostas	Cuidado Comunicação

Quadro 3 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação da PNH e sobre sua efetividade.

Fonte: material coletado em entrevista.

Ao compararmos os núcleos de sentido do conjunto das falas dos usuários e residentes, observa-se uma proximidade no entendimento dos usuários com os profissionais da área biológicas, os quais parecem corroborar que a humanização tem um sentido de “*afeto e comunicação*”, reforçando que humanização está relacionada ao cuidado da pessoa, como um todo, completo. E os gestores também entendem que humanização seria *cuidado* no sentido de olhar o particular de cada sujeito com suas peculiaridades, respeito e atenção. Enquanto o

núcleo de sentido *comunicação*, para os últimos, está voltado para o adequado relacionamento entre usuário e profissional.

Categoria 4. Um conceito de humanização para os vários atores.

Atores	Idéias
Residentes do PRMS	Comunicação Afeto Contexto
Usuários	Comunicação
Gestores	Cuidado Comunicação
<i>Síntese das respostas</i>	<i>Comunicação</i> <i>Afeto</i> <i>Contexto</i> <i>Cuidado</i>

Quadro 4- Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde. Quanto aos princípios da PNH e Quanto ao posicionamento de gestores em relação à implementação e efetividade da PNH.

Fonte: material coletado em entrevista

Neste sentido a síntese de todas as falas dos vários atores resultou em quatro núcleos de sentido: *comunicação, afeto, contexto e cuidado*.

O núcleo *comunicação* está relacionado à necessidade de relações humanas, ao uso da linguagem, verbal ou não, na troca de idéias para expor seus sentimentos e fomentação de conhecimento sobre a situação do paciente entre os profissionais. Para os residentes, a humanização no sentido de comunicação contribui para o bom atendimento, se o profissional “[...] *Se colocar no lugar da outra pessoa. Entender o que a outra sente [...]*” (Residente 3, Quadro - 1). Sobre a importância da comunicação salienta Oliveira *et al* (2005, p. 697) que é necessário um esforço contínuo de “*equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade e formuladores de políticas, de construção de espaços de efetiva comunicação*”. Diante disto, os vários atores envolvidos nesta pesquisa entendem a importância da comunicação e compreendem que humanização é comunicação.

Quanto ao núcleo de sentido *afeto*, associou-se para os residentes a natureza humana, como sujeito composto de sentimentos, emoções, um ser que dá e recebe carinho. Quando doente, torna-se mais sensível, dependente de que alguém compreenda sua dor, é “[...] *É ter*

mais digamos o afeto... Pra pessoa... e não para o problema [...]” (Residente 1, Quadro 1). Este afeto segundo os residentes se relaciona um olhar mais humano “[...] *É você se voltar para o ser humano [...]”* (Residente 7, Quadro - 1). E de acordo com Giordani (2008) a Saúde recebe poucos investimentos nos aspectos afetivo e emocional, e nas relações interpessoais, ou seja, supervaloriza a tecnologia na descoberta de sinais e sintomas do corpo, para diagnosticar patologias, quando a diferença pode ser feita no oferecimento de assistência e atendimento de qualidade que o usuário merece.

E quanto ao núcleo *cuidado*, ele se relaciona a estar atento, ver as necessidades do outro, “*é eu tratar meu semelhante como eu gostaria de ser tratado [...] Com atenção, com respeito...*” (Gestor 2, Quadro – 3). Segundo a mesma autora (2008) é necessário o profissional atuar com sensibilidade, sendo um instrumento de comunicação e ajuda, captando e interpretando, mesmo aquilo que não é verbalizado pelo cliente, como dores, sentimentos, sonhos, medos e sofrimentos. Tornando-se um canal de ajuda e comunicação.

Qualificando o atendimento dos profissionais

Quanto aos profissionais que atendem no hospital (Quadro – 5), os médicos, são citados por todos os usuários. Em segundo lugar vêm os atendentes e residentes, e por último nutricionista mencionado por um dos usuários dos serviços no HUGV.

Categoria 5. Profissionais que atendem no hospital e modos de atender

Usuários	Idéias	
	Profissionais	Atendimento
“[...] <i>ele não me tratou ruim... Mas dele eu esperava mais... Um profissional de carreira avançada, ele deveria me tratar melhor... Os estudantes de medicina... Até agora eu vi eles me tratar bem [...]”</i> (Usuário 1).	Médicos	Prático
	Residentes	Bom
“[...] <i>Bom, o atendimento deles é bom... São muito atenciosos... Os residentes... são ótimos... Tem uns que são... Ignorante, né? Ai embaixo na recepção”</i> (Usuário 2).	Médicos	Bom/Ótimos
	Residentes	Ótimos
	Atendentes	Inadequado

“Ah, eu gosto demais dos meus médicos, todos eles, tenho nada pra falar não, porque todos eles me tratam bem [...]” (Usuário 3).	Médicos	Bom
“[...] O médico que fica aqui é o clínico... O médico de urologia... Esse médico que controla comida faz aquele negócio (palestra)... Normal... Atendem a gente bem” (Usuário 4).	Médicos	Bom
	Nutricionista	Bom
“Aqui, quem me é essa Dr ^a . G, e agora esse médico, mas eu nem sei o nome dele... Mandou fazer exame... Bater raio-x... Passaram remédio pra mim, eu estou tomando o remédio” (Usuário 5).	Médicos	Prático
Síntese das respostas	Médicos (5)	Bom/Ótimo/ Prático
	Residentes (2)	Bom/Ótimo
	Atendentes (2)	Inadequado
	Nutricionista (1)	Bom

Quadro 5 – Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista.

A partir do conjunto das falas dos usuários, foram construídos três núcleos de sentido para o modo como estes profissionais fazem o trabalho (Quadro – 5): (1) *Bom e ótimo*, (2) *Prático*, (3) *Inadequado*.

O primeiro núcleo de sentido *bom e ótimo* foi associado ao atendimento de médicos, cirurgiões e residentes de medicina. É um atendimento que parece se aproximar mais da realidade do usuário, que além do diagnóstico e medicalização, proporciona comunicação e respeito, o que parece se aproximar da perspectiva de humanização (HUMANIZASUS, 2009), onde os diferentes sujeitos são valorizados. Aqui o usuário reconhece o bom atendimento prestado por estes profissionais, porque em primeiro lugar também foi reconhecido por eles como pessoa que merece respeito.

O segundo sentido para atendimento foi *prático* seria o atendimento relacionado a um atendimento médico baseado no diagnóstico e medicalização, mas deficiente em afeto e comunicação, conforme relato de usuários: “Aqui, quem me atende é essa Dr^a. G, e agora esse médico, mas eu nem sei o nome dele... [...]” (Usuário 5, Quadro – 5), conforme propostas da PNH, o usuário tem direito de saber quem o atende (PNH, 2004, p.10)

E neste sentido é importante no atendimento o profissional oferecer atenção integral (RIBAS, 2005), pois, ela abrange suporte técnico disponível para o estabelecimento e manutenção saúde e fortalece a qualidade nos vínculos usuário – profissional. Neste caso a fala do usuário denuncia a falta de atenção integral, pois, ele mesmo diz que não sabe nem o nome do médico que o atende. O atendimento supriu apenas a emergência medicamentosa, ficando de fora as questões vinculadas às relações humanas e diálogo.

Já o atendimento dos atendentes que é marcado pelo núcleo *inadequado*, se relaciona a um atendimento onde há falta de preparação para o contato com o público. O sentido de inadequado foi associado ao atendimento de profissionais com dificuldade de relações humanas, e com a falta de atenção.

O trabalho da equipe Multiprofissional

Quanto ao trabalho realizado pelos residentes do PRMS, o discurso dos usuários resultou em um único núcleo de sentido: *desconhecido*.

Quando os usuários foram questionados se tinham sido atendidos pela equipe multiprofissional, 02 responderam que “sim”, conforme Quadro -2, ANEXO – D. Mas a verdade é que os usuários desconhecem a Equipe Multiprofissional, que deve ser composta por “*diferentes áreas e saberes, organizados em função dos objetivos e missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários*” (PNH, 2009, p.21).

Neste contexto, os usuários se equivocam porque atribuem aos residentes do PRMS, o trabalho realizado pelos atendentes, médicos e enfermeiros. Assim, o núcleo *desconhecido* parece estar associado ao fato de que o PRMS, foi instituído há apenas um ano no HUGV, ou seja, é recente, não havendo anteriormente uma equipe deste porte atuando em conjunto no Hospital, mas vários profissionais que trabalham de forma individualizada.

A relação equipe - usuário

Segundo o conjunto de falas dos usuários, quanto à qualidade da relação equipe-usuário, foi possível se construir apenas um núcleo de sentido: *boa*.

O sentido de *boa* parece estar relacionado com o benefício acadêmico recebido pelos residentes, durante as entrevistas, conforme relato: “*É bom... A relação deles... Eles estão fazendo o trabalho deles [...]*” (Usuário 2, Quadro 6). O sentido de *boa*, também pode estar relacionado à postura do paciente, em não querer criar dificuldades no relacionamento com os profissionais: “*eu achei boa, não achei ruim não, tanto é que eu não reclamei [...]*” (Usuário – 1, Quadro 6), neste sentido Balint (1978, *apud* CAMPOS, 1995, p. 56), enfatiza que deve ser considerada a “*autoridade exagerada*” que o paciente confere ao profissional, que chega a não perguntar, nem questionar, conforme citação do usuário, deste modo não pode haver construção de sujeitos saudáveis na produção humanizada de cuidado, porque ela exige transformação na forma de relação e de comunicação entre o profissional e o usuário.

O Sentido de *boa* foi também associado à prontidão dos profissionais em priorizar idosos.

Categoria 6. A relação equipe-usuário

Depoimentos	Características
“ <i>Eu achei boa, não achei ruim não, tanto é que eu não reclamei, quando eu reclamo é que não presta e daí eu fiquei calado porque está bom [...]</i> ” (Usuário 1).	Boa
“ <i>É bom... A relação deles... Porque eles fazem assim tipo uma entrevista... com a pessoa mesmo... Antes de ir pra... Cirurgia... Eles estão fazendo o trabalho deles, né? [...]</i> ” (Usuário 2)	Boa
“ <i>Eu me sinto muito bem. Eles deixam eu a vontade, tratam com carinho, não tenho o que falar deles não. [...]</i> É boa. Não tenho o que falar não” (Usuário 3).	Boa
“ <i>[...] comigo eu não tenho o que falar. Só tenho que falar que sou bem atendido, nesse termo, nessa parte (suspira) ai, não tenho que falar mal de nada [...]</i> ” (Usuário 4).	Boa
“ <i>[...] elas me tratam muito bem... Quando eu chego aqui muito mal... A primeira coisa que elas me fazem é levar para dentro e me atender [...]</i> ” (Usuário 5).	Boa

<i>Síntese das respostas</i>	<i>Boa</i>
------------------------------	------------

Quadro 6 – Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde. Fonte: material coletado em entrevista.

O usuário e o atendimento

A maioria dos usuários, quando questionados se eram bem atendidos (Quadro – 2, ANEXO - D), todos afirmaram que sim, e a partir de seus motivos para sentir-se bem atendido, foram construídos dois núcleos de sentido: (1) *empatia*, (2) *comunicação*.

O primeiro núcleo, *empatia*, está relacionado, ao estado de uma pessoa perceber a dificuldade do outro, seu sofrimento, seus limites para ajudar, entender e compartilhar com o outro do mesmo problema ou buscar a solução com ela. O usuário entende que o atendimento é razoável, acredita que poderia ser melhor, mas não reclama: “*tanto é que não reclamei*” (Usuário1, Quadro – 5, ANEXO - D), porque compreende que o atendente faz o que pode dentro de suas possibilidades para resolver sua situação. Ou ainda pode estar relacionado à prontidão da equipe, que ao perceber o sofrimento do usuário, se preocupa em aliviar seu pesar.

O segundo núcleo *comunicação* revela a importância do diálogo, entre profissional e usuário, e o respeito presente na troca de informações durante os atendimentos: “*por que eles fazem assim tipo uma entrevista*” (Usuário 2, Quadro - 3, ANEXO - D).

Apesar da qualidade do atendimento ser considerada boa, foram construídos dois núcleos de sentido com relação à melhoria do atendimento, sobre o qual os usuários sugeriram mudança (Quadro 4, ANEXO - D), estes são: (1) *desconforto*, (2) *assistência*.

O primeiro núcleo, *desconforto*, parece estar relacionado à necessidade de proporcionar conforto aos pacientes no pré-operatório. Os pacientes que estão debilitados por uma enfermidade, aguardando a cirurgia, são interrogados no dia da realização desta, agravando sua ansiedade, sua expectativa “[...] *ficam fazendo muitas perguntas que deixam o paciente nervoso [...]*” (Usuário 2, quadro-6, ANEXO – D). O Usuário sugere mudança nessa prática.

O segundo núcleo, *assistência*, está relacionado às prioridades do SUS (PNH, 2004), de reduzir filas, treinar os profissionais, viabilizar a distribuição de medicamentos. A melhoria da assistência é central para o usuário “[...] *Ai você fica na fila de espera... Com uma semana você volta e ainda não tem vaga, e continua [...]*” (Usuário 4, Quadro 6, ANEXO –D). E a viabilização de medicamentos “*comprar remédio, passam o remédio para mim tomar... Daqui eles mandam lá para onde eu pego remédio*” (Usuário 5, Quadro – 6, ANEXO - D).

Os princípios da PNH na prática dos residentes

Quanto ao núcleo temático dos princípios da PNH, na prática dos Residentes, foi possível construir a partir de seus discursos dois núcleos de sentido: (1) *comunicação* e (2) *desconhecimento*.

O primeiro, *comunicação*, revela um conhecimento prático, do senso comum, de fato sem comunicação não é possível haver humanização, que depende da capacidade de ouvir, se expressar, uma vez que valorizar o diálogo é humanizar (SILVA, 2005a; WOOD, 2007 *apud* GIORDANI, 2008). O último revela um amplo desconhecimento dos princípios da PNH, conforme relato do residente 3: “[...] *não eu não consigo identificar... é difícil saber quais são os princípios*” (Categoria 7, Quadro 7).

Categoria 7. Princípios da PNH

Depoimentos	Idéias
“[...] <i>não, não, eu não consigo identificar [...]</i> ” (Residente 1).	Não identificou
“[...] <i>buscar seguir os princípios da PNH... Somos profissionais de áreas diversas... Cada um... Vai ter um olhar sobre o usuário [...]</i> ” (Residente 2).	Comunicação
“[...] <i>não eu não consigo identificar... é difícil saber quais são os princípios... eu... Decorados não sei [...]</i> ” (Residente 3)	Não identificou
“[...] <i>venho observando e levando aos colegas... Questionamentos [...]</i> ” (Residente 4).	Comunicação
“[...] <i>acho que deve haver troca de informação entre os profissionais [...]</i> ” (Residente 5).	Comunicação

“[...] resgatando o usuário... Falando pra ele qual é o seu problema... Respeitando aquele paciente como um todo de uma maneira holística [...]” (Residente 6).	Comunicação
“[...] no momento de conduzir o tratamento sim todos juntos... Respeitando eticamente a profissão do outro [...]” (Residente 7)	Comunicação
Síntese das respostas	Comunicação Desconhecimento

Quadro 7 - Conhecimento e uso dos princípios da PNH. Fonte: material coleta em entrevista.

Ainda na perspectiva de senso comum, o núcleo *comunicação* está relacionado ao princípio da *Transversalidade* (PNH, 2004), no qual se busca aumentar a comunicação intra e intergrupos, indica uma prática do grupo em manter a comunicação no fazer do cuidado humanizado. A comunicação pode diminuir as fronteiras do saber, ampliar o conhecimento de cada profissional com a abertura de escuta entre os profissionais. Conforme relato dos entrevistados no Quadro 7, sobre a identificação dos princípios da PNH no trabalho realizado pela equipe: “[...] acho que deve haver troca de informações entre os profissionais [...]” (Residente 5) e “[...] Venho observando e levando aos colegas... Questionamentos [...]” (Residente 4). E o outro *desconhecido* está relacionado à falta de conhecimento da PNH.

Implementação da PNH e posicionamento dos Gestores

Quanto à implementação da PNH, os gestores foram bem explícitos em mostrar que não há uma prática dessa Política Pública no hospital, mas que há pessoas responsáveis para atuar, segundo o relato do Gestor1 “*aqui no hospital tem uma comissão de humanização, essa comissão ela é composta pelos diversos profissionais, mas a gente não vê muita divulgação [...]*” (Categoria 8, Quadro 8). Diante das respostas dos sujeitos participantes, foi criado um único núcleo de sentido: *consciência*, que está relacionado a um posicionamento consciente de que a Política é viável, deve ser divulgada, coisa que o Gestor1 tem feito em suas palestras, conforme categoria referida, e o Gestor2 reforça, que se a idéia for bem disseminada pode dar certo.

Categoria 8. Sobre a implementação da PNH

Depoimentos	Posicionamento
“[...] nós começamos a ler sobre essa Política no nosso setor e associar as essas palestras que a gente vem dando aos pacientes. [...] aqui no hospital tem uma comissão de humanização, essa comissão ela é composta pelos diversos profissionais, mas a gente não vê muita divulgação [...]” (Gestor 1).	Conhecedora Parceira
“[...] eu teria que levar o conhecimento, fazer com que as pessoas [...] a Política tem chance de ser implementada.... Se essa idéia for bem passada eu não vejo barreiras pra implementação disso” (Gestor 2).	Consciente Favorável
“Colocar uma campanha de recepção do usuário [...]” (Gestor 3).	Sugestão
Síntese das respostas	Consciência

Quadro 8 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação da PNH e sobre sua efetividade.

Fonte: material coletado em entrevista.

A efetivação da PNH na percepção dos Gestores

De todas as falas dos Gestores foram construídos dois núcleos de sentidos quanto a avaliação da efetividade da PNH: *feedback* e *projeção* (categoria 9, Quadro 9). O primeiro é resultado da experiência em algumas ações humanizadoras do Gestor2, como ter colocado uma caixinha de sugestões em seu setor de trabalho. Ele afirma ter recebido bilhetes com agradecimento pelo trabalho realizado e principalmente reclamações. Porém, o segundo, *projeção*, está relacionado à falta de prática da Política no HUGV, deste modo, os Gestores não puderam avaliar a efetividade da Política, apenas fizeram uma projeção de como se poderia fazer a efetivação da PNH, que seria através de pesquisas, investimento nos servidores, participação de todos com a adesão do gestor em primeiro lugar e o próprio feedback do paciente, o que está em conformidade com o HumanizaSUS (2009), de que no

processo de gestão deve haver uma participação coletiva, onde todos os sujeitos envolvidos são convocados a participar desse processo de construção da saúde para um SUS humanizado, exercendo cada um o seu papel.

Categoria 9. Quanto à avaliação da efetividade da PNH

Gestor	Avaliação
<i>“[...] Não sei, acho que você teria fazer um projeto pra verificar tudo [...] teria que ter um estudo melhor como esse que você está fazendo [...] poderia acontecer [...] Investimentos dos gestores nos servidores [...]” (Gestor 1)</i>	Pesquisa Investimento
<i>“O usuário tem que participar, mas... eu sou um profissional tenho que conhecer se o meu trabalho está funcionando [...] o gestor... o papel dele seria não só avaliar mas ele tem que ser o primeiro a aderir, a fazer funcionar [...] o gestor tem que aderir [...] só funciona de uma maneira: o que o paciente traz de retorno pra gente, se é uma reclamação, se é um elogio, e ver se o nosso trabalho está tendo resultado [...]” (Gestor 2).</i>	Participação de Todos Adesão do Gestor Feedback
<i>“...Quando a gente pode ter um feedback do próprio usuário [...] ... Até do próprio profissional que tá aqui dentro [...] Um paciente, ele esteve aqui, quando ele sai, ele diz, muito obrigado. Eu gostei, eu fui bem atendido [...] Não sei qual é a pesquisa que eles fizeram, quais são os resultados, não sei te dizer” (Gestor 3).</i>	Feedback Pesquisa
Síntese das respostas	Feedback Projeção

Quadro 9 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação e efetividade da PNH.

Fonte: material coletado em entrevista.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação a um conceito integrador de humanização derivado das concepções dos vários atores ligados ao PRMS, humanização teria um sentido de *“afeto e comunicação e cuidado”*, um conceito muito próximo do senso comum, o qual demonstra a falta de contato dos participantes com o tema, pois, humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

A pesquisa também mostrou que o atendimento de médicos, cirurgiões e residentes é bom, mas alguns atendentes foram considerados despreparados. O trabalho da equipe

Multiprofissional ainda é desconhecido, possivelmente pelo pouco tempo de existência da residência na área.

Quanto ao objetivo colocado por nós para verificação nesse estudo, verificou - se que a relação equipe-usuário é boa, o usuário entende que é bem atendido pelos residentes e médicos, com destaque para os residentes de medicina que nesta relação foram vistos como ótimos. Também foi possível identificar que na prática da equipe Multiprofissional, os princípios da PNH, são desconhecidos. Somente o princípio da *transversalidade* (PNH, 2009) é utilizado em suas atividades, de forma muito tímida, o qual está associado ao núcleo de sentido, *comunicação*, valorizado em suas várias formas e atividades.

O posicionamento dos gestores quanto à implementação da PNH é tímido, mas os gestores 1 e 2, têm procurado se incluir nas propostas do SUS, com palestras, caixa de sugestões ou agradecimentos e reclamações, pois, *“contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários é uma de suas várias atribuições”* (PNH, 2009, p.17).

Devido ao fato de não haver um programa de Humanização no HUGV os gestores não puderam avaliar a efetividade de sua implementação. Apesar de acreditarem que há no hospital uma equipe separada para trabalhar o tema, eles dizem não ver o trabalho deles ou desconhecer, com exceção do Gestor2 que considera o *Feedback* dos pacientes uma forma de avaliação não só de práticas humanizadoras, mas de um modo geral. Porém, fazem projeções de como seria possível fazer essa avaliação.

Quanto à percepção que os vários atores ligados ao PRMS do HUGV tem sobre a qualidade do atendimento é boa, mas além dos aspectos afetivos, comunicacionais e de ambiente adequado, é necessário para os residentes do PRMS o investimento em tecnologia para assistir melhor o paciente em fisioterapia; para os usuários a viabilização de medicamentos no ambulatório, para o usuário não ter que se deslocar para outros locais;

sistematização dos protocolos, diminuindo as papeladas; e mudança no dia da conversa que antecede a cirurgia. Um usuário sugeriu que poderia ser um dia antes da cirurgia, mantendo assim o equilíbrio emocional do paciente; por parte dos gestores destacam-se como prioridades investimentos na contratação e treinamento de servidores, possibilitando cursos voltados para a humanização.

Alguns dos residentes enfatizaram que não tiveram nenhuma orientação ou disciplina na graduação que abordasse o tema. Então, fica a sugestão de incluir-se o tema nos vários níveis de ensino, do técnico à graduação, para situar os futuros profissionais da saúde nas práticas presentes no SUS (GIORDANI, 2008), pois, é importante conscientizar estudantes e profissionais sobre a humanização, para que enquanto atuam no mercado discutam essa temática com relação a ética e moral na profissão, o uso do bom senso e resgate dos valores humanos prioritários às relações humanas, ampliando assim sua visão da complexidade das relações humanas dentro das instituições. É um chamado para a implantação de uma cultura humanizadora que aperfeiçoe o profissional como cidadão e pessoa.

CRONOGRAMA

ATIVIDADE	2010					2011						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão de literatura	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Coleta de dados			R	R		R	R					
Treinamento em Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Saúde				R								
Análise parcial de dados				R	R	R	R	R				
Apresentação em banner					R							
Elaboração de relatório parcial da pesquisa					R	R						
Apresentação do relatório parcial						R						
Apresentação em pôster da pesquisa**										R		
Análise final de dados								R	R	R		
Elaboração de relatório final								R	R	R	R	
Apresentação de relatório de pesquisa final											R	R
Apresentação de resumo expandido											R	R

*Atividade prevista para junho/2011, foi prorrogada para julho do corrente ano.

**Atividade não prevista no cronograma anterior.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, E.M.L. **Psicologia: Introdução aos princípios básicos do comportamento.** Petrópolis: Vozes, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização.** Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS. Programa Nacional de Humanização.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008.

GOMES, O.R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In. MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002, p. 79-107.

INSTITUCIONAL. **Hospital Universitário Getúlio Vargas.**

Disponível <<http://hugv.ufam.edu.br/index.html>>

Acesso: 08/01/2011.

LEITE, R. S.; NUNES, C.V.; BELTRAME, I. **Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem.**

Disponível: <WWW.sobragem.org.br/sitevelho/publi/public5.pdf>

Acesso 29/10/2010.

MANUAL. Hospital Universitário Getúlio Vargas. **Concurso de seleção para Residência Multiprofissional em saúde do HUGV.**

Disponível <<http://comvest.ufam.edu.br/>>.

Acesso 08/01/2011

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA – MARTINS, Maria Cezira Fantini. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, L. A.; LANDRONI, M. Â.S.; SILVA, N. E. K.; AYRES, J.R. de C. M. **Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo**. *Ciência saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 689-698. ISSN 1413-8123.

PACHE, D. F. Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. **Revista Médica**. Minas Gerais 2009; 19 (4 Supl 2): S1-S80.

RIBAS E. Cuidado integral na instituição hospitalar. Prattein - **Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social**.

Disponível em < http://www.prattein.publier.com.br/dados/anexos_125_2.pdf >
Acesso em 05/04/ 2010.

SEBASTIANI, R. In: ANGERAM-CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia Hospitalar-teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Laearning, 2003.

SOUZA, K.M. O. de; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, RJ.V.15, n.2, mar. 2010.

Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=pt&nrm=iso>.

Acessos em 10/10/2010.

A N E X O S

ANEXO - A
ROTEIRO DE ENTREVISTA
RESIDENTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Formação: Idade: ____anos

Est. civil: Nº de filhos: ____

Endereço residencial:

Tempo de experiência Profissional:

Quanto aos princípios da Política de Humanização:

1-O que você entende por HUMANIZAÇÃO?

2-Do ponto de vista do profissional de equipe multiprofissional o que seria POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO no cuidado à saúde?

3-Em seu entendimento, como a política de humanização se concretiza na sua prática profissional em equipe multidisciplinar?

4-Você consegue identificar quais princípios da Política de Humanização no cuidado à saúde são observados pela equipe?

5- Em sua forma de ver o que facilita ou dificulta a prática do cuidado humanizado à saúde?

ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS

Formação: _____ Idade: _____ anos

Est. Civil: _____ Nº de filhos: _____

Profissão: _____

Renda Mensal:

() Um salário

() Dois salários

() quatro salários

() Mais de cinco salários

Já foi atendido pela equipe multiprofissional?

Quantas vezes?

Quanto à qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados, na sua percepção como usuário dos serviços:

1- Já ouviu falar de HUMANIZAÇÃO? O que é humanização para você?

2- Você poderia me dizer quem são os profissionais que o atendem aqui no hospital e como o fazem?

3- Você poderia falar sobre o trabalho realizado pela Equipe Multiprofissional deste estabelecimento?

4-Do seu ponto de vista como é a relação equipe-usuário? Você se sente bem atendido? Por quê?

5- O que poderia/precisaria melhorar?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA
GESTORES**

Formação: _____ Idade: ____ anos
Est. civil: _____ N° de filhos ____
Função em exercício:

Sobre o posicionamento dos gestores em relação à implementação da Política de Humanização e sobre sua efetividade:

- 1- O que é HUMANIZAÇÃO para você?
- 2- Você poderia falar sobre a implementação da Política de Humanização?
- 3- No seu ponto de vista é possível fazer uma avaliação da efetividade da Política de Humanização?
- 4- Como acontece a efetividade da Política de Humanização?
- 5- Em sua forma de ver, o que facilita ou dificulta a prática do cuidado humanizado à saúde?

ANEXO - B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FACULDADE DE PSICOLOGIA - CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Convidamos você a participar do Projeto de Pesquisa: HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, que pretende Investigar a percepção que os vários atores envolvidos nesse programa, estruturado em forma de equipe multiprofissional, têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a política de humanização prevalente no campo das novas propostas em saúde.

Pretendemos entrevistar 30 (trinta) pessoas envolvidas na produção do cuidado humanizado, sendo um grupo de profissionais como você. As pesquisadoras, Denise Duran Machado Gutierrez e Guiomar Alegria Souza Silva Nobre responsáveis pelo projeto, pedem autorização para realizar uma entrevista semi-estrutura com duração aproximada de 60 (sessenta minutos) para poder fazer a coleta de dados. Você foi escolhido (a) porque é membro da equipe multiprofissional desse Serviço Público de saúde e tem exercido sua prática profissional nesse hospital. Sua entrevista nos informará sobre vários aspectos da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados.

Caso você autorize esta entrevista, a mesma será utilizada apenas para verificar seu ponto de vista sobre o cuidado provido na relação equipe-usuário. Todos os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para esta pesquisa, sendo mantidos sob sigilo absoluto a sua identidade e os dados obtidos através desse estudo. A entrevista será realizada, para sua conveniência, no local onde você estiver neste hospital.

O estudo não oferece riscos físicos, emocionais ou morais, pois o participante apenas concederá a entrevista, que será gravada e cujo roteiro contém perguntas referentes ao estudo em questão.

Você tem autonomia para decidir participar ou não, como também pode se retirar da pesquisa, sem a necessidade de justificar sua saída e sem qualquer prejuízo físico ou material. Também tem o direito de fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa em qualquer fase de execução da mesma

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em segredo permanente. Para qualquer outra informação os participantes terão sempre que necessário esclarecimentos das dúvidas, podendo entrar em contato com a Professora Denise Machado Duran Gutierrez, pesquisadora responsável neste projeto de pesquisa pelo telefone 9984 7127 ou na Universidade Federal do Amazonas FAPSI 3305 4550, localizada à Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000-Campus Universitário, Coroado I - Manaus/Amazonas.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

Assinatura do participante

Data

Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Data



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA - CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Convidamos você a participar do Projeto de Pesquisa: HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, que pretende Investigar a percepção que os vários atores envolvidos nesse programa, estruturado em forma de equipe multiprofissional têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a Política de Humanização prevalente no campo das novas propostas em saúde.

Pretendemos entrevistar 30 (trinta) pessoas envolvidas na produção da saúde no cuidado humanizado, sendo um grupo de usuários como você. As pesquisadoras, Denise Duran Machado Gutierrez e Guiomar Alegria Souza Silva Nobre responsáveis pelo projeto, pedem autorização para realizar uma entrevista semi-estruturada com duração aproximada de 60(sessenta minutos) para poder fazer a coleta de dados. Você foi escolhido (a) porque é usuário (a) desse Serviço Público de saúde e tem sido atendido pela equipe multiprofissional deste hospital. Sua entrevista nos informará sobre a qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados.

Caso você autorize esta entrevista, sua entrevista será utilizada apenas para verificar seu ponto de vista sobre a relação entre os profissionais de saúde e usuários. Todos os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para esta pesquisa, sendo mantidos sob sigilo absoluto a sua identidade e os dados obtidos através desse estudo. A entrevista será realizada, para sua conveniência, no local onde você estiver neste hospital.

O estudo não oferece riscos físicos, emocionais ou morais, pois o participante apenas concederá a entrevista, que será gravada e cujo roteiro contém perguntas referentes ao estudo em questão.

Você tem autonomia para decidir participar ou não da pesquisa, como também pode se retirar da mesma, sem a necessidade de justificar sua saída e sem qualquer prejuízo físico ou material. Também tem o direito de fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa em qualquer fase de execução da mesma

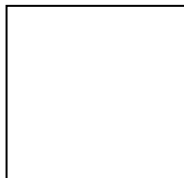
Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em segredo permanente. Para qualquer outra informação os participantes terão sempre que necessário esclarecimentos das dúvidas, podendo entrar em contato com a Professora Denise Machado Duran Gutierrez, pesquisadora responsável deste projeto de pesquisa pelo telefone 9984 7127 ou na Universidade Federal do Amazonas UFAM 3305 4550, localizada à Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000-Campus Universitário, Coroado I - Manaus/Amazonas.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

Assinatura do participante

Data



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Data



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA - CURSO DE PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTORES

Convidamos você a participar do Projeto de Pesquisa: HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, que pretende Investigar a percepção que os vários atores envolvidos nesse programa, estruturado em forma de equipe multiprofissional têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a política de humanização prevalente no campo das novas propostas em saúde.

Pretendemos entrevistar 30 (trinta) pessoas envolvidas na produção da saúde no cuidado humanizado, sendo um grupo de gestores como você. As pesquisadoras, Denise Duran Machado Gutierrez e Guiomar Alegria Souza Silva Nobre responsáveis pelo projeto, pedem autorização para realizar uma entrevista semi-estrutura com duração aproximada de 60 (sessenta minutos) para poder fazer a coleta de dados. Você foi escolhido (a) porque é gestor de um serviço desse hospital em que a equipe multidisciplinar de residentes atua. Sua entrevista nos informará sobre a qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados e a efetividade na política de implantação dos cuidados humanizados.

Caso você autorize esta entrevista, ela será utilizada apenas para verificar seu ponto de vista sobre questões ligadas às Políticas Públicas de Humanização e sua implementação. Todos os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para esta pesquisa, sendo mantidos sob sigilo absoluto a sua identidade e os dados obtidos através desse estudo. A entrevista será realizada, para sua conveniência, no local onde você estiver neste hospital.

O estudo não oferece riscos físicos, emocionais ou morais, pois o participante apenas concederá a entrevista, que será gravada e cujo roteiro contém perguntas referentes ao estudo em questão.

Você tem autonomia para decidir participar ou não da pesquisa, como também pode se retirar da mesma, sem a necessidade de justificar sua saída e sem qualquer prejuízo físico ou material. Também tem o direito de fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa em qualquer fase de execução da mesma

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em segredo permanente. Para qualquer outra informação os participantes terão sempre que necessário esclarecimentos das dúvidas, podendo entrar em contato com a Professora Denise Machado Duran Gutierrez, pesquisadora responsável deste projeto de pesquisa pelo telefone 9984 7127 ou na Universidade Federal do Amazonas UFAM 3305 4550, localizada à Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000-Campus Universitário, Coroado I - Manaus/Amazonas.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

Assinatura do participante

Data

Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Data

ANEXO - C
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ENTREVISTAS

Dias das Entrevistas agendadas	Dia da realização das Entrevistas	Participantes/Profissional
29/09/2010	29/10/2010	✓ Educação Física = Residente 1
01/10/2010	01/10/2010	✓ Psicólogo = Residente 2
06/10/2010	06/10/2010	✓ Enfermagem = Residente 3
07/10/2010	06/10/2010	✓ Serviço Social = Residente 4
08/10/2010	08/10/2010	✓ Fisioterapia = Residente 5
13/10/2010*	04/12/2010	✓ Nutrição = Residente 6
16/10/2010*	06/10/2010	✓ Farmácia = Residente 7
	04/10/2010	✓ Usuário 1
	04/10/2010	✓ Usuário 2
	04/10/2010	✓ Usuário 3
	04/10/2010	✓ Usuário 1
	04/10/2010	✓ Usuário 5
27/02/2011*	01/02/2011	✓ Assistente Social = Gestor 1
	07/02/2011	✓ Enfermeiro = Gestor 2
	09/02/2011	✓ Psicólogo = Gestor 3

✓ REALIZADO

*PREVISÃO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

ANEXO - D

QUADROS DE ANÁLISE DE DADOS DOS USUÁRIOS

Categoria 1. Ouviu falar de Humanização

USUÁRIOS	Ouviu falar
1	Sim
2	Não
3	Não
4	Sim
5	Não
Síntese das respostas	Sim (2) Não (3)

Quadro 1 - Quanto à qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista

Categoria 2. Para saber se o usuário foi atendido pela equipe Multiprofissional

USÁRIOS	Já foi atendido pela equipe Multiprofissional?
1	Não se lembra
2	Sim, o esposo
3	Sim
4	Não
5	Não
Síntese das respostas	Sim (2) Não (2) Não lembra (1)

Quadro 2 – Quanto ao conhecimento que os usuários têm sobre a equipe multiprofissional.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 3. Para saber quantas vezes os usuários foram atendidos pela Equipe Multiprofissional

USUÁRIOS	Quantas vezes?
1	Umas 20 vezes
2	Umas 06 vezes
3	Durante 05 anos
4	Umas 04 vezes
5	Muitas vezes

Quadro 3 – Quanto ao conhecimento que os usuários têm sobre a equipe multiprofissional.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 4. Trabalho realizado pela equipe Multiprofissional

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] eu tive uma reunião com o pessoal do diabetes, tive cinco quintas-feiras [...]” (Usuário 2).</i>	Desconhece
<i>“[...] Não por eles não, só mesmo os cirurgiões [...]” (Usuário 2)</i>	Desconhece
<i>“Eu só fui atendida pelos meus médicos mesmo. Os reumata” (Usuário 3).</i>	Desconhece
<i>“[...] Pois, é. As enfermeiras... Tratam a gente com o maior carinho [...]” (Usuário 4).</i>	Desconhece
<i>“Não, não sei. Eu não entendo como é que eles trabalham [...]” (Usuário 5).</i>	Desconhece

Quadro 4 – Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 5. O usuário se sente bem atendido? Por quê?

Depoimentos	Bem atendido	Motivo
<i>“Eu achei boa, não achei ruim não, tanto é que eu não reclamei, quando eu reclamo é que não presta e daí eu fiquei calado porque está bom [...]” (Usuário1).</i>	Sim	Não reclamou
<i>“[...] Porque eles fazem assim tipo uma entrevista... com a pessoa mesmo... Antes de ir pra... Cirurgia... Mas ai, deixam as pessoas nervosas... Porque fazem tanta pergunta quando chega a hora da cirurgia [...]” (Usuário 2)</i>	Sim	Comunicação
<i>-“Eu me sinto muito bem. Eles deixam eu a vontade, tratam com carinho, não tenho o que falar deles não. Por causa disso, da humanidade deles, do amor que eles têm pela gente” (Usuário3).</i>	Sim	Carinho/amor
<i>“Porque sim.. Eu já fui a hospital por ai que eu tive que falar: porra... Que pessoal mal educado... Aqui eu, eu não, até agora nunca tive esse tipo de problema tenho esse tipo de problema” (Usuário 4).</i>	Sim	Comunicação
<i>É porque elas me recebem muito bem, E prestam atenção quando eu estou muito mal... São atenciosas comigo, é só isso [...]” (Usuário 5).</i>	Sim	Comunicação

Quadro 5 – Quanto à qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, na percepção dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 6. O que poderia/precisaria melhorar

Depoimentos	Idéias
<i>“Ah, o atendimento... Esse tal de prontuário [...]”</i> (Usuário 1).	Prontuário
<i>“[...] não ficar aquele, ficar muito estudante... Ao redor deles... Ficam fazendo muitas perguntas... Que deixa o paciente nervoso [...]”</i> (Usuário 2)	Entrevistas
<i>“Botar cadeira de roda mais nova [...]”</i> (Usuário 3).	Cadeiras
<i>“[...] esse sistema novo que você entra pela internet para marcar consulta... Ai você fica. Ai não tem vaga. Ai você fica na fila de espera. Ai você vem, com uma semana você volta e ainda não tem vaga, e continua [...]”</i> (Usuário 4).	Fila
<i>“Comprar remédio, passam o remédio para mim tomar... Daqui eles mandam lá para onde eu ego remédio. Aqui eles me tratam, eu vou pegar remédio lá na sema”</i> (Usuário 5).	Distribuição de remédio

Quadro 6 – Quanto a qualidade da relação equipe usuário nos atendimentos realizados, dos usuários dos serviços de saúde.

Fonte: material coletado em entrevista.

ANEXO - E

QUADROS DE ANÁLISE DE DADOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Categoria 1. Política de Humanização e cuidado a saúde

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] intervindo, nossa intervenção é só através de questionário... A gente se preocupa em saber... como foi o dia dela...como está passando, tanto da parte social, psicologia [...]”</i> (Residente 1).	Intervenção Comunicação
<i>“[...] buscar seguir os princípios da PNH... Somos profissionais de áreas diversas..cada um ... Vai ter um olhar sobre o usuário [...]”</i> (Residente 2).	Intervenção
<i>“[...] eu trato os meus pacientes com humanização, consigo sentir isso que eles necessitam e tento passar... Para os seus familiares e ou outros profissionais [...]”</i> (Residente 3).	Comunicação
<i>“ [...] venho observando e levando aos colegas ... Questionamentos [...]”</i> (Residente 4).	Comunicação
<i>“[...] acho que deve haver troca de informação entre os profissionais [...]”</i> (Residente 5).	Comunicação
<i>“[...] resgatando o usuário.... Falando pra ele qual é o seu problema...respeitando aquele paciente como um todo de uma maneira holística [...]”</i> (Residente 6).	Comunicação
<i>“[...] no momento de conduzir o tratamento sim todos juntos... Respeitando eticamente a profissão do outro [...]”</i> (Residente 7).	Intervenção Comunicação

Quadro 1 - Quanto aos princípios da PNH.

Fonte: Material coletado em entrevista.

Categoria 2. Política de Saúde e prática profissional

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] o cuidado que você tem”</i> (Residente 1).	Cuidado
<i>“[...] seria cobrar.... Que elas façam um cuidado ou atendimento olhando para as pessoas\ [...]”</i> (Residente 1).	
<i>“[...] colocar em prática os princípios de humanização nos serviços de saúde [...]”</i> (Residente 2).	Cuidado
<i>[...] Melhorar a qualidade da assistência [...]”</i> (Residente 3).	Cuidado
<i>“O tratamento mais humanizado... Voltado ao paciente”</i> (Residente 4).	Cuidado
<i>“[...] uma forma de conscientizar os profissionais da saúde... Proporcionar... Tratamento mais... Global, mais holístico [...]”</i> (Residente 5).	Comunicação
<i>“[...] é você estar respeitando a outra pessoa, respeitando os... Profissionais [...]”</i> (Residente 6)	Comunicação
<i>“[...] seria... Voltar a ter uma visão holística [...]”</i> (Residente 7)	Contexto

Quadro 2 - Quantos aos Princípios da PNH

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 3. Facilidades e dificuldades na implementação do cuidado humanizado.

Depoimentos	Idéias	
	Facilidade	Dificuldade
“[...] o facilita! ... É o olhar de cada um... O que dificulta ... É a falta de conhecimento [...]” (Residente 1).	O profissional	Falta de conhecimento
“[...] facilidade ... É ter de fato conhecimento do que é HumanizaSUS. A Política de Humanização [...] dificuldades , é... Cuidar de quem cuida... Cuidar do profissional de saúde [...]” (Residente 2).	Conhecimento /PNH	Cuidar de quem cuida
“[...] o que facilita é a questão da organização da própria instituição... Do gerente... E até mesmo da questão de gerência do local que você está... Acho que facilita muito mesmo a questão da adesão a humanização [...] o que dificulta são as diferentes formas de pensar... Os diferentes tipos de personalidade das pessoas... A formação que ela teve... A dificuldade assim que eu vejo na humanização é a aderência e conhecimento, falta mesmo de conhecimento [...]” (Residente 3).	Gerência Estrutura Adesão a humanização	Individualidade Personalidade das pessoas Formação da pessoa Falta de conhecimento
“ [...] o que dificulta e o que facilita é a... O mesmo fator: a ação profissional [...]” (Residente 4).	O profissional	O profissional
“[...] facilita sem dúvida essa integração... Entre os profissionais, acho que até políticas [...] o que dificulta é... Estrutura do hospital [...]” (Residente 5).	Comunicação Políticas	Estrutura
“O que facilita ... É quando o outro vê também a importância da tua atuação na equipe... E também do usuário... Perceber que você está ali pra ajudar [...] o que dificulta acho que é o envolvimento dos profissionais... Só quer fazer aquele trabalho, aquela coisa mecânica e não tem aquele envolvimento... Não quer saber o que a pessoa está pensando... Não quer ver a pessoa como um todo [...]” (Residente 6).	Reconhecimento	Trabalho mecânico
“[...] Um que planta a sementinha... Do cuidado... Estar sempre alertando, o companheiro ali e uma hora sensibiliza aquele outro... É a possibilidade do ser humano estar aberto a coisas novas [...] o principal obstáculo é a individualização e sobrecarga de trabalho [...]” (Residente 7).	Comunicação	Individualização Sobrecarga de trabalho

Quadro 3 - Quantos aos Princípios da PNH

Fonte: material coletado em entrevista.

ANEXO - F
Quadro de análise de dados dos gestores

Categoria 1. Um conceito de humanização para gestores

Depoimentos	Idéias
<i>“[...] É oferecer um serviço de qualidade aos usuários, de forma singular, olhando as particularidades de cada um[...]”</i> (Gestor1).	Cuidado
<i>“É eu tratar meu semelhante como eu gostaria de ser tratado [...] Com atenção, com respeito...”</i> (Gestor 2)	Cuidado
<i>“Humanização... é uma Política pública...”</i> (Gestor 3).	Política

Quadro 1 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação da PNH e sobre sua efetividade.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 2. Quanto a avaliação da efetividade da PNH

Depoimentos	Avaliação
<i>“[...] Não sei, acho que você teria fazer um projeto pra verificar tudo [...] teria que ter um estudo melhor como esse que você está fazendo [...] poderia acontecer [...] Investimentos dos gestores nos servidores [...]”</i> (Gestor 1)	Pesquisa Investimento
<i>“O usuário tem que participar, mas... eu sou um profissional tenho que conhecer se o meu trabalho está funcionando [...] o gestor... o papel dele seria não só avaliar mas ele tem que ser o primeiro a aderir, a fazer funcionar [...]o gestor tem que aderir [...] só funciona de uma maneira: o que o paciente traz de retorno pra gente, se é uma reclamação, se é um elogio, e ver se o nosso trabalho está tendo resultado [...]”</i> (Gestor 2).	Participação de todos Adesão do Gestor Feedback
<i>“...Quando a gente pode ter um feedback do próprio usuário [...] ... Até do próprio profissional que tá aqui dentro [...] Um paciente, ele esteve aqui, quando ele sai, ele diz, muito obrigado. Eu gostei, eu fui bem atendido [...] Não sei qual é a pesquisa que eles fizeram, quais são os resultados, não sei te dizer”</i> (Gestor 3).	Feedback

Quadro 2 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação da PNH e sobre sua efetividade.

Fonte: material coletado em entrevista.

Categoria 4. Quanto ao cuidado humanizado

Gestor	Facilita	Dificulta
<i>....O que facilitaria seria nós termos uma equipe multiprofissional [...] o que dificulta é a falta de conhecimento...pra trabalhar a Política” (Gestor 1).</i>	Equipe Multiprofissional	Falta de conhecimento
<i>“O que facilita é nós estarmos abertos a realmente sempre aprender...” [...] pra mim a principal causa é a pessoa estar fazendo o que não gosta...” (Gestor 2).</i>	Dom Abertura para aprender	Fazer o que não gosta
<i>O que facilita eu acho que é a disponibilidade... Você gostar do que faz. O que dificulta... “É a insatisfação pessoal” (Gestor 3).</i>	Disponibilidade Gostar do que faz	Insatisfação pessoal

Quadro 4 – Quanto ao posicionamento dos gestores em relação à implementação da PNH e sobre sua efetividade.

Fonte: material coletado em entrevista.

PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 1922.0.000.115-10, intitulado: **“HUMANIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS VÁRIOS ATORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS”**, tendo como pesquisadora responsável: Denise Machado Duran Gutierrez.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 30 de junho 2010.

Prof.MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM

Rua Teresina, 4950 – Adrianópolis – CEP: 69057-070 – Manaus-AM – Fone: (92) 3305-5130 – E-mail: cep@ufam.edu.br