

# SUMÁRIO

## BOLETIM DA SAÚDE

VOLUME 20

NÚMERO 2

JUL./DEZ. 2006

- 05 EDITORIAL
- 07 APRESENTAÇÃO
- 11 Política de Humanização da Assistência à Saúde/RS: trajetória e consolidação  
*Décio Ignácio Angnes, Maria Isabel Barros Bellini*
- 21 Caminhos e possibilidades à Humanização na Saúde  
*Pamela Caldart*
- 31 **EIXO 1: Profissionais-Usuários**
- 33 Desejo, poder e realização  
*Joel Adriano Maciel*
- 45 Conversando com a administração: espaço para mudanças  
*Amarildo José Dall Ago, Lizângela dos Santos Krolikowski*
- 51 Programa de Assistência à Criança: uma proposta de humanização  
*Almerinda Fagundes Ibeiro, Marcia Helena S. da Rosa, Terezinha Amelia S. Pereira, Viviam Maraninchi Alam*
- 59 Acolhimento, humanização e fonoaudiologia: relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS)  
*Ana Júlia Lenz, Andréa Gernhardt, Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Franceli Zimmer, Jaqueline Garcia da Rocha, Juliana Richinitti Vilanova, Letícia Borges Zwetsch, Mariana Wolf*
- 71 Grupo Sala de Espera: trabalho multiprofissional em Unidade Básica de Saúde  
*Nina Rosa d'Avila Paixão, Alessandra Rodrigues Moreira Castro*
- 79 **EIXO 2: Rede**
- 81 Redes e vulnerabilidades: o olho do furacão  
*Francisco Kern, Maria Isabel Barros Bellini*
- 89 Organização da rede de Atenção Básica: contribuições do Comitê Municipal de Humanização  
*Estela Regina Garlet, Letícia Trindade Lima, Irineo Mariotto, Brígida Brondani Borges, Vera Barbieri, Denise De David, Joselene Burin*
- 97 Rede de gestão em vigilância alimentar e nutricional: uma estratégia para ações em saúde  
*Francisca Maria Assmann Wichmann, Luciano Lepper*
- 107 **Eixo 3: Formação**
- 109 Formação: saberes e fazeres humanizados  
*Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins*
- 119 A construção do observatório de práticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do RS  
*Simone Mainieri Paulon, Ana Lucia Schettini Elahel*
- 135 Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um Hospital Universitário  
*Maria Lúcia Rodrigues Falk, Márcia Z. Ramos, Jennifer Braathen Salgueiro, Andréia Gobbi*
- 145 **Eixo 4: Gestão**
- 147 Algumas reflexões sobre a Gestão na Saúde no binômio tradição x inovação  
*Rosemari Dorigon Reinhardt*
- 157 Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador  
*Adriana Skamvetsakis*
- 167 A humanização sob o ponto de vista do Gestor de Saúde  
*Sérgio Braga de Mello*
- 173 POLÍTICA E NORMAS EDITORIAIS

# TABLE OF CONTENTS

**BOLETIM DA SAÚDE**

VOLUME 20

NUMBER 2

JULY/DEC. 2006

- 05 EDITORIAL
- 07 PRESENTATION
- 11 Health Care Humanization Policy/RS: path and consolidation  
*Décio Ignácio Angnes, Maria Isabel Barros Bellini*
- 21 Routes and possibilities Regarding Health Humanization  
*Pamela Caldart*
- 31 **Basis I** - Professionals - User
- 33 Will, power, and accomplishment  
*Joel Adriano Maciel*
- 45 Talking to the administration: room for changes  
*Amarildo José Dall Ago, Lizângela dos Santos Krolkowski*
- 51 Child Care Program: an approach towards humanization  
*Almerinda Fagundes Ibeiro, Marcia Helena S. da Rosa, Terezinha Amelia S. Pereira, Viviam Maraninchi Alam*
- 59 Shelter, humanization and speech and hearing sciences an experience report at a Basic Health Service Unit in southern Brasil  
*Ana Júlia Lenz, Andréa Gernhardt, Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Franceli Zimmer, Jaqueline Garcia da Rocha, Juliana Richinitti Vilanova, Leticia Borges Zwetsch, Mariana Wolf*
- 71 Waiting Room Group: multiprofessional work at a Health Basic Unit  
*Nina Rosa d'Avila Paixão, Alessandra Rodrigues Moreira Castro*
- 79 **Basis 2** - Network
- 81 Networks and vulnerabilities: the eye of the hurricane  
*Francisco Kern, Maria Isabel Barros Bellini*
- 89 The organization of Basic Attention chain: the contributions of the Humanizations Municipal Committee  
*Estela Regina Garlet, Leticia Trindade Lima, Irineo Mariotto, Brígida Brondani Borges, Vera Barbieri, Denise De David, Joselene Burin*
- 97 Management net in alimentary and nutritional monitoring: a strategy for action in health  
*Francisca Maria Assmann Wichmann, Luciano Lepper*
- 107 **Basis 3** - Training
- 109 Learning process: humanized awarenesses and approaches  
*Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins*
- 119 Construction of the observatory of practices of the Humanization National Policy of the Unified Health System: the Rio Grande do Sul experience  
*Simone Mainieri Paulon, Ana Lucia Schettini Elahel*
- 135 Contextualizing the National Policy of Humanization: experience of a University Hospital  
*Maria Lúcia Rodrigues Falk, Márcia Z. Ramos, Jennifer Braathen Salgueiro, Andréia Gobbi*
- 145 **Basis 4** - Management
- 147 Some considerations on Health Management concerning the relation tradition – innovation  
*Rosemari Dorigon Reinhardt*
- 157 Shared management and humanization in worker's health  
*Adriana Skamvetsakis*
- 167 Humanization from the Health Manager´s point of view  
*Sérgio Braga de Mello*
- 173 EDITORIAL POLICY AND RULES

# EDITORIAL

Caminhamos na direção de atingirmos a meta principal de nossa gestão da revista Boletim da Saúde: alcançarmos a periodicidade necessária para retornarmos à condição de revista indexada. Difícil tarefa, embates que a cada momento expõem vozes que questionam a importância desse tipo de publicação científica em uma Secretaria de Saúde. Porém, a luta para não perder esse espaço tem alcançado vitórias importantes.

Inicia-se um período de incertezas. O quadro de servidores permanentes da escola começa a ressentir-se dessas incertezas – lamentavelmente, o país ainda carece de políticas mais perenes. Ainda é necessário insistir de maneira reiterada no fato de que a divulgação de informações e a circulação de conhecimento são funções imprescindíveis de um Sistema de Saúde.

Neste número, dá-se continuidade à estratégia de compartilharmos o espaço da revista com programas importantes da SES, de forma que, na luta permanente por recursos, conseguimos, com essas parcerias, dividir custos. Acima de tudo, porém, dividimos igualmente os méritos por mais esta edição, na qual são apresentados alguns dos muitos projetos, programas e ações que estão sendo implementados e que fazem a diferença na configuração do SUS que queremos.

Fica o convite à leitura, ao conhecimento das experiências aqui relatadas e à oportunidade de compartilhá-las conosco para implementar o debate sobre o SUS no qual acreditamos e o qual possa ser fortalecido com todas essas trocas.

O Editor

# EDITORIAL

We are on our way to attaining the chief goal of our management in the Boletim da Saúde journal: to obtain the periodicity needed to return to the status of indexed journal. That is a tough task, every step of the way the disputes reveal voices that call into question the importance of this kind of scientific publication in a Secretariat of Health. However, the struggle for not losing this channel has achieved significant wins.

A period of uncertainty is ushered in. The School's permanent staff has begun to suffer from this uncertainty; regrettably, the country still lacks more enduring policies. It is still necessary to insist time and again that the publication of information and knowledge flow are indispensable roles of a Health System.

In this issue, we give continuity to the strategy of sharing the journal space with important SES programs, so that, in the continued struggle for resources, we can share costs through these partnerships, but first and foremost we share the merits for this issue of the journal.

Also in the present issue, we present some of the many projects, programs and efforts that are being implemented and that make a difference in the pursuit of the SUS (Unified Health System) at which we aim.

We invite you to read and learn about the experiences here reported and also to join us to further the debate about the SUS in which we believe, and hope it can be strengthened with these exchanges.

The Editor

# APRESENTAÇÃO

Nesta edição do Boletim da Saúde, observamos o quanto a humanização na atenção básica avançou no Estado do Rio Grande do Sul nos últimos tempos. Embora nenhuma proposta de atendimento em saúde descarte o aspecto humanizador de fazer saúde, tornar isso realidade no dia-a-dia não é tão fácil quanto possa parecer. A começar pelos diferentes entendimentos sobre humanização que têm os atores e os agentes da saúde, envolvidos tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos, assim como pela análise e pela forma como sua prática é concretizada. A humanização transcende o próprio campo da saúde pública inicialmente focado. Vai desde o atendimento das necessidades iniciais do prestador de serviços e do usuário, quando recorre ao SUS, até os aspectos não-perceptíveis a um primeiro olhar, mas que refletem componentes estruturais e essenciais a uma boa prática em saúde.

Sempre tive consciência de que somos humanos na essência, o que não representa nada se essa característica inata não impactar de alguma maneira nossas ações, ou não resultar em algo positivamente significativo para alguém ou para nós mesmos. Muitas vezes, o atendimento humanizado reveste-

se de um caráter aparentemente subserviente. No entanto, esse enfoque está longe de uma situação adequada, tendo em vista que tal postura carrega consigo a necessidade de um grau de submissão de um agente em favor de outro. Essa subserviência determina, no mínimo, uma desumanização ao ator proponente da ação, ocasionando, por conseguinte, um aspecto agressivo importante de uma das partes. Com isso, pretendo esclarecer que qualquer ação humanizadora deve ser concebida, planejada e executada integralmente, tanto por parte de quem recebe quanto de quem promove. Esse amadurecimento ocasionará a excelência nas relações estabelecidas entre as partes envolvidas.

Devemos entender o modelo assistencial vigente como um processo de construção continuada e mutante. Assim como o ato de procurar formas de práticas mais adequadas deva permitir o agregar de novos saberes e fazeres as conquistas já obtidas e concretizadas. Isso não significa, no entanto, a inexistência de referenciais balizadores necessários e estruturantes comuns a qualquer proposta ou projeto concebido. No RS, em função de um grupo cada vez maior e mais participativo do processo, já

está sendo possível vislumbrar um crescimento relevante nessa área. As iniciativas apresentadas, como se pode ver nos artigos desta edição, permitem-nos afirmar com muita convicção que, embora os horizontes ainda sejam amplos, já se observa o produto bastante homogêneo e rico de um trabalho de partilha, fruto das trocas permanentes entre os atores. Esse encaminhamento de consolidação e adoção de conceitos e práticas comuns potencializa os resultados obtidos por todos.

Nos diversos encontros de humanização realizados por todo o Estado, foi possível perceber essa característica de modo bastante acentuado. A sistematização de conceitos propicia um estabelecimento mais concreto de processos de trabalho formatados em uma lógica comum. À medida que esses processos são propostos e consolidados, começam a fazer parte de um consenso entre os atores, permitindo a análise das dificuldades e a busca de melhorias, além da possibilidade de utilização das experiências em cada realidade local. Essa riqueza de experiências e sua divulgação abreviam caminhos no sentido de atendimento dos melhores resultados. O compartilhamento, ao nosso ver, constitui o grande valor observado nessa etapa de trabalho de humanização no Estado do Rio Grande do Sul.

Nunca foi visto, ao que eu saiba, tantos envolvidos em uma causa na qual acreditam. Mesmo porque a importância de um assunto como a humanização dificilmente pode ser questionada em qualquer programa ou ato isolado no dia-a-dia do fazer dos atores

envolvidos nos diferentes níveis de atuação do SUS. Constitui a forma mais concreta e perceptível do conceito basilar da Reforma Sanitária que procura assegurar o aspecto da integralidade da atenção no sistema. A integralidade – que pode, muitas vezes, ser entendida como um conceito abstrato – tem na humanização o instrumento capaz de torná-lo visível, palpável e mensurável. Já nos encontramos em um estágio tal em que o estabelecimento de processos de controle, avaliação e mensuração de resultados começam a se tornar possíveis.

Tal como a máxima que diz que não se gerencia aquilo que não se mensura, a humanização no Rio Grande do Sul encontra-se em nível de um gerenciamento mais qualificado, que resultará inevitavelmente na melhoria dos serviços prestados aos usuários que procuram o atendimento em saúde nos postos e hospitais do nosso Estado. Aproveito para cumprimentar o Professor Décio Angnes, a Doutora Maria Izabel Bellini e todos os profissionais dos Comitês de Humanização e Grupos de Trabalho de Humanização pela maneira brilhante como têm conduzido esse processo em todos os recantos do nosso Rio Grande do Sul, fato que nos orgulha sobremaneira.

Diretor da Escola de Saúde Pública

# PRESENTATION

In the present issue of the *Boletim da Saúde Temática Humanização* (Health Report Theme Humanization) journal, we observe how much Humanization in Primary Care has advanced in the state of Rio Grande do Sul in the past years. Although no health care policy puts aside the humanizing dimension of health promotion, making this come true in daily life is not as easy as it may seem. To begin with, different views on humanization are held by the relevant healthcare actors and agents as regards either the quantitative or qualitative aspects of their analysis, as well as the way their practice is carried out. Humanization transcends the initially focused field of public health. It ranges from the attention to the initial needs of the patient referred to the SUS and of the healthcare provider to aspects that are not perceived at first but which reflect structural elements that are key for a good healthcare practice. I have always borne in mind that we are human at heart, which does not mean a thing if this innate feature fails to have some impact on our actions and does not result in something significantly beneficial for someone or for ourselves. Many times humanized care takes on an apparently subservient character.

However, this view is far from being an appropriate situation, as such attitude implies to some extent that one agent should be submissive to another. Such submission brings about, at least, the dehumanization of the actor proposing the effort, resulting thus in aggressiveness on the part of one of the parties. With this, I intend to stress that any humanizing action must be conceived, designed and executed integrally, be it by the recipient or by the one who undertakes it. The relationship maturation will allow the attainment of excellence in the relationship between the relevant parties. We should view the existing healthcare model as a continuous changing process of construction. The pursuit of more adequate practices should allow us to add new knowledge and procedures to the already existing achievements. This does not mean, however, the absence of structuring landmarks necessary for and common to any devised proposal or project. In the state of Rio Grande do Sul, as a result of an increasingly larger group participating in the process, it is already possible to glimpse a significant maturation in this field. The initiatives brought to the table, as can be seen in the articles presented in this issue, allow us to assert that, although

the horizons in this field are still quite broad, one can already see the product of a collaborative effort stemming from ongoing exchanges among actors, which is quite homogeneous and rich. This course towards integration and the common concepts and practices largely enhance the results achieved by everyone. In the several Humanization meetings held all across the state, it was possible to pronouncedly perceive this characteristic. The systematization of concepts provides a more effective establishment of working processes shaped according to a common logic. As these processes are proposed and consolidated, they start taking part of a consensus amongst actors, allowing for an analysis of difficulties and a pursuit of improvements, in addition to the possibility for utilizing these experiences in each local situation. The richness of the experiences and their promotion are a shortcut to a healthcare of better results. Sharing, in our opinion, has been the greatest asset observed during this stage of the humanization work in the state of Rio Grande do Sul. As far as I know, never have so many been committed to a cause in which they believe. Because hardly can the importance of an issue such as humanization be called into question in any program or single effort in the daily practice of the actors involved in different assignments within the SUS (Unified Health System). Humanization constitutes the most concrete and perceptible form of the basic concept of Sanitary Reform, which seeks to ensure the INTEGRALITY aspect of care in the system. Integrality, which often can be understood

as an abstract concept, finds in humanization a tool capable of making it visible, palpable, and measurable. We are, at this point, in a stage in which the establishment of processes for control, assessment and measurement of results has begun to become feasible. As the dictum that says that we do not manage what cannot be measured, humanization in Rio Grande do Sul is found to be, by and large, at a more qualified level of management, which will inevitably result in an improvement of the attention delivered to patients seeking healthcare in the clinics and hospitals in our state.

I would like to especially congratulate professionals such as Professor Décio Angnes, Doctor Maria Izabel Belini, and all the professionals in the Humanization Committees and Humanization Workgroups for the terrific and brilliant way in which they have led the humanization process in every corner of Rio Grande do Sul. This makes us deeply proud.

Head of the Public Health School

# POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE/RS: TRAJETÓRIA E CONSOLIDAÇÃO

*Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários. (BRASIL, 2004, p. 1)*

## HEALTH CARE HUMANIZATION POLICY/RS: PATH AND CONSOLIDATION

### **Décio Ignácio Angnes**

Especialista em Administração Hospitalar.  
Docente da Escola de Saúde Pública (SES/RS).  
Coordenador da Política de Humanização da Assistência a Saúde (PHAS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).  
Coordenador Administrativo da Rede de Observatório do Rio Grande do Sul (RS).

### **Maria Isabel Barros Bellini**

Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PUCRS).  
Docente da Faculdade de Serviço Social da (FSS/PUCRS).  
Coordenadora do Departamento de Supervisão e Prática da (FSS/PUCRS).  
Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Trabalho (FSS/PUCRS).  
Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública (SES/RS).  
Membro do Comitê Estadual de Humanização (RS).

### **RESUMO**

O presente artigo apresenta a trajetória da Política de Humanização da Assistência a Saúde (PHAS) no Rio Grande do Sul. Implantada em 2003, desde então vem, passo a passo, consolidando suas raízes nesse estado que já passou por reformas na saúde, mas talvez nenhuma tenha encontrado tanta receptividade entre os gestores e trabalhadores da saúde e pelos usuários. O objetivo deste artigo é registrar como tem sido construída essa caminhada e como têm sido abordados seus enfrentamentos.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Política de saúde. Assistência hospitalar.

### **ABSTRACT**

This article presents the path of PHAS (health care humanization policy) in Rio Grande do Sul. Introduced in 2003, since then it has been consolidating its roots step by step in this State, which has already gone through some restructuring periods in its health system. However, probably none of them has found much receptivity among health managers and workers, or among users. This article aims to register how this path has been constructed, with its confrontations.

### **KEY WORDS**

Health care humanization. Health policy. Hospital care.

## INTRODUÇÃO

Considerado maior país da América do Sul em extensão e população, o Brasil apresenta na sua história um quadro de grandes contradições. Com um passado histórico trágico, vivido à sombra de uma cultura escravista “que comercializou carne humana”, foi colonizado por países europeus que trouxeram na bagagem tradições, valores, doenças, morte, vida e espelhos que seduziram os reais proprietários dessa terra. Embora tenha evoluído e seja um país considerado jovem, não conseguiu, apesar dos vários progressos, libertar-se de seus fantasmas. Contendo uma das maiores áreas de natureza, com riqueza natural invejável, apresenta um crescimento desenfreado da criminalidade, da violência, do desemprego, do empobrecimento generalizado e, atualmente, convive com a realidade brutal da corrupção em segmentos diversos, persistindo uma imagem que remete a um passado não muito distante.

*Em muitas regiões, o passado colonial manteve-se como se estivesse vivo, especialmente no que se refere às relações de trabalho. Os índices de mortalidade infantil, insalubridade e analfabetismo*

*permanecem absurdos. (NOGUEIRA, 2004, p. 18)*

O impacto do processo de pauperização provoca no cidadão brasileiro o sentimento de desesperança, reforçado pelo desfile de governantes que, um após o outro, nada mudam e, pior, reiteram a impossibilidade, o descaso e o uso inadequado da máquina pública. Esse processo de dismantelamento da esperança torna cada vez mais difícil acreditar em mudanças. Momento fértil para a colonização de soluções que não resolvem e que, ao contrário, podem estar gerando formas mais sofisticadas de violência. Essas “soluções” nada mais são do que simplificações ideológicas que clamam pela construção de mais cadeias, mais instituições de contenção, instituição da pena de morte, redução da idade de responsabilidade criminal, soluções que brotam da avassaladora constatação das experiências e evidências negativas.

No caminho contrário a tudo isso, apresentamos uma experiência que, nesse contexto de tensão, forja uma nova possibilidade de trabalhar a saúde em uma perspectiva humana ou mais humana: trata-se da Política de Humanização da Assistência à Saúde. A história da política de saúde ou do

trato da saúde no Brasil merece algumas linhas para que situemos o leitor da importância do surgimento dessa política. O conceito de saúde coletiva surgiu no Brasil na década de 1970 e passou a invocar como matéria-prima as relações da vida cotidiana entre os homens, os afetos, os medos, a incertezas, a sexualidade... Isso significa reconhecer o homem, potencialmente um ser social, em relação com os outros e com o meio, numa relação dialética, transformando e sendo transformado.

No passado, as práticas de saúde eram organizadas de modo indiscriminado, tendo no “sanitarismo campanhista” um exemplo disso. Nascido da reforma de Carlos Chagas, entre as décadas de 1920 e 1930, essa ação propunha o combate às doenças de massa. As decisões e toda a organização das ações eram concentradas, sendo que a população era “vítima” das ações de saúde, as quais eram realizadas de maneira repressiva e controladora, sem considerar as singularidades dos indivíduos e as peculiaridades das regiões atendidas.

O modelo de saúde evoluiu para um modelo de atenção individual, assistencialista, especializada. Ocorre a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o estímulo à medicina de grupo configurada em forma de convênios. O Estado passa a financiar as ações em saúde através da Previdência Social, caracterizando o modelo privatista, em que o setor privado nacional confirma-se como maior prestador de serviços de assistência médica e permite-se a entrada do setor privado internacional como o maior produtor de

insumos, como equipamentos e medicamentos.

A sangria financeira do sistema de saúde começa a ser questionada, e o Movimento de Reforma Sanitária gesta a ruptura com esse modelo privatista e com o modelo de política saúde centrado na doença, no sintoma, adotando o coletivo como categoria principal, assim como o corpo social em lugar do biológico. O conhecimento científico é privilegiado; as técnicas de investigação passam a ter lugar especial; as ações assumem uma dimensão preventiva e de promoção da saúde; medidas como o desenvolvimento de ações governamentais, a intervenção no processo saúde/doença e a identificação de grupos de risco ou de grupos que são candidatos potenciais ao desenvolvimento de algum dano passam a ser adotadas.

É importante destacar que, durante e após a década de 1960, houve um movimento extremamente fértil não apenas na política de saúde, o qual colocava em questão o papel do Estado, suas atribuições e competências. No Brasil, movimentos sociais passam a ser organizados com vistas a uma política de saúde que contemple as necessidades dos sujeitos, e importantes transformações são definidas, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica. A necessidade da humanização na saúde vem-se desenhando no rastro dessas transformações, como afirmam Benevides e Passos (2005b, p. 564):

*Ainda que timidamente, esse tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000), que tinha como*

*título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS.*

Na busca de respostas, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que serviu de base para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Por ser uma política de âmbito nacional, passa, então, a ser executada nos diferentes estados do país, acolhendo o clamor tanto de usuários quanto de profissionais, assim como daqueles que reivindicavam atenção às suas demandas de saúde, resolutividade e melhores condições de trabalho para e pelos profissionais.

Embora não houvesse unanimidade e vozes contrárias também soassem, questionando a efetividade das mudanças, a consolidação dessa política, em 2003, foi extremamente significativa, pois o Ministério da Saúde definiu a priorização do tema humanização, determinando a sua relevância na política de saúde. Isso impunha “a urgência de revisitar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 562).

Também em 2003, no Rio Grande do Sul, foi implantada pela Secretaria Estadual da Saúde, através da Escola de Saúde Pública<sup>1</sup>, a Política de Humanização do Atendimento à Saúde (PHAS), que sucedeu um programa de humanização da assistência hospitalar, passando a ter *status* de política para todo o sistema de saúde e impondo as seguintes questões:

- traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- contagiar por atitudes e ações humanizadas a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários. (BRASIL, 2004, p. 12)

<sup>1</sup> Criada em 1962 pelo Decreto nº 13.812, de 11/07/1962. Desde a sua origem, é um órgão formador de recursos humanos em saúde.

O Ministério da Saúde, através do Documento Base, registra as condições para operacionalização da humanização do SUS:

- *construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos;*
- *troca e construção de saberes;*
- *trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;*
- *identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;*
- *pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual, municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários dessa rede;*
- *resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;*
- *construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. (BRASIL, 2004, p. 14)*

A Escola de Saúde Pública é um segmento da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela formação e pela qualificação dos recursos humanos da rede de saúde do RS, assim como pela implantação da PHAS. Legítima, assim, seu papel de órgão forma-

dor de práticas profissionais competentes e eficazes, pois a PHAS preocupa-se com a qualidade da prestação de serviço de saúde e, principalmente, com práticas profissionais que:

*[...] norteadas pela dimensão ético-política devem enfatizar o conhecimento técnico-científico, as vivências cotidianas que incidem nas especificidades sociais e culturais de cada espaço, nas experiências dos sujeitos, suas crenças, seus estilos de vida e sua subjetividade. (BRASIL, 2004, p. 4)*

A importância das ações dessa política pauta-se nas práticas profissionais de diferentes instâncias, ampliando seus inventários de conhecimentos e responsabilidades, valorizando a prática profissional, reconhecendo limitações, estabelecendo prioridades, criando novas relações entre o trabalhador-cuidador<sup>2</sup> e o sujeito-usuário<sup>3</sup>. Sua intervenção pretende ampliar a autonomia de ambos na responsabilidade e no cuidado com a ação profissional e com a saúde. A humanização tem a seguinte dimensão:

- *valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde;*
- *usuários, trabalhadores e gestores;*
- *fomento da autonomia e do protagonis-*

<sup>2</sup> Trabalhador-cuidador: utilizamos essa terminologia para nos referirmos aos trabalhadores da área da saúde. Entendemos que eles, ainda que em uma relação funcional, têm como tarefa cotidiana profissional o cuidado do outro.

<sup>3</sup> Sujeito-usuário: utilizamos essa terminologia para nos referirmos ao usuário dos serviços de saúde. A expressão paciente traduz uma posição de passividade e submissão.

- mo desses sujeitos;*
- *aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;*
  - *estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;*
  - *identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;*
  - *mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;*
  - *compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004, p. 13)*

A implantação e a implementação dessa política no RS obedeceram às diretrizes nacionais, porém respeitando as singularidades de sua terra e de sua gente. Acompanhando esse processo, foi constituído o Comitê Estadual da PHAS, que é formado pela Escola de Saúde Pública (ESP), pelo Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pela Delegacia Regional de Saúde (DRS), pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde (ASSEDISA), sob a coordenação da ESP.

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul divide o estado em 19 coordenadorias de saúde, espalhadas em 7 regiões ou macrorregiões. Cada coordena-

doria tem um coordenador de saúde, o qual, juntamente com sua equipe, responsabiliza-se pelos serviços de saúde daquela região. Os coordenadores e suas equipes foram envolvidos na implantação que primeiramente mobilizou os hospitais.

Estruturaram-se também os 19 Comitês Estaduais de Humanização, buscando, com isso, descentralizar-se da Secretaria Estadual de Saúde e garantir as representações locais e regionais. Os comitês são formados por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, da ASSEDISA, do hospital referencial e da coordenadoria de saúde.

Essa organização, cujo foco foi direcionado aos hospitais do RS, iniciou em 2003/2004, tendo sido constituídos 226 Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs) em um total de 293. Esses GTHs são compostos por um representante da direção do hospital, um representante da chefia, um representante dos profissionais técnicos científicos, um representante do pessoal apoio e um representante da área médica.

Após a nucleação dos GTHs, a partir da inclusão dos hospitais, em 2005 a PHAS é implantada em toda a rede básica de saúde, constituindo os Comitês Municipais da PHAS. Esses comitês são compostos por um representante do gestor de saúde, um representante do hospital da cidade, um representante da rede básica (postos de saúde, unidades básicas) e um representante do conselho municipal de saúde, garantindo, assim, a representação do controle social. Até a presente data, foram constituídos 259 Comitês Municipais de

Humanização com essa formatação.

O movimento de mobilização dessa rede de saúde utilizou-se de várias metodologias, com o objetivo de sensibilizar os trabalhadores, como seminários, capacitações, apresentação de projetos bem-sucedidos, divulgação das experiências através de eventos, revista, etc. Podemos afirmar que a trajetória da implantação dessa política no RS já tem colhido resultados, alguns dos quais foram publicados no Boletim da Saúde/Humanização (v. 18, n. 2, 2004), especialmente dedicado às práticas dos profissionais vinculados à PHAS. A sua participação tem crescido de modo significativo: os dados apontam que 399 profissionais participaram em 2003, enquanto 2.335 participaram em 2004 e esse número passou para 2.653 em 2005.

Em 2005, foi criado o *site* da PHAS para garantir a articulação em rede, promover a troca de experiências, facilitar contatos, divulgar eventos e, finalmente, mostrar o SUS “que dá certo”. Para estimular e divulgar as experiências bem-sucedidas, é fornecida uma certificação aos hospitais que se destacam. O critério de avaliação é a pesquisa junto aos usuários pela satisfação do Programa Resolve.

Um dos grandes méritos da PHAS/SES é que, em todo o seu processo de existência (30 meses), os passos são construídos com a participação dos trabalhadores, o planejamento ou a agenda do ano é construída coletivamente (participação dos diferentes representantes) com os Comitês Regionais de Humanização (CRE) e o Comitê Estadual de Humanização (CEH).

Essas construções são consolidadas em um evento que acontece todos os anos, o Seminário Estadual de Humanização, encontro promovido entre os Comitês Regionais de Humanização (CRE), o Comitê Estadual de Humanização (CEH), os Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs) e os Comitês Municipais de Humanização (CMS). Em 2004, o Seminário Estadual teve a participação de 399 trabalhadores e, em 2005, participaram 690. É importante destacar que o espaço reservado para o evento em 2005 comportava 500 pessoas, tendo que limitar a participação de interessados.

A publicação da Revista Boletim de Saúde, em edição exclusiva para a PHAS, intitulada *Humanização*, evidencia vários trabalhos que reiteram a preocupação de que o processo de construção da humanização não venha a compactuar:

*[...] a tolerância frente aos abusos praticados na prestação de serviços de saúde ou a falta de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades dos profissionais em nome de uma pretensa “humanização”, mas sim que essa política reitere que a humanização pressupõe que não podemos perder o poder da indignação frente a essas situações. (ANGNES, 2004, p. 13)*

Por mais que possa ser pensada por alguns como uma política utópica, porque alicerçada contra a lógica do consumismo, do utilitarismo, do ter sobre o ser, a PHAS:

*Evidencia o compromisso ético do traba-*

*lhador-cuidador com os sujeitos que dependem de sua ação profissional, na mesma medida em que também focaliza o olhar para o trabalhador-cuidador da saúde como sujeito envolvido e impactado por suas ações, pela realidade dos serviços de saúde, do qual também é usuário, e de suas condições de trabalho. (BELLINI; SILVA, 2004, p. 67)*

Baseada em uma lógica na qual o usuário do serviço é percebido como sujeito-usuário, destacando-se o seu protagonismo, o direito e o dever da busca da garantia da humanização no serviço. A potencialização da dimensão cuidadora na prática dos profissionais e a participação ativa do sujeito-usuário são proposições da PHAS, assim como cotidianamente o:

*(...) desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e à criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação – trabalhador-cuidador e sujeito-usuário; uma “pré-ocupação” do trabalhador-cuidador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador-cuidador dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do sujeito-usuário. (BELLINI; SILVA, 2004, p. 67)*

Isso possibilita ultrapassar a lógica presente desde a formação dos profissionais, problematizada por Minayo (2004, p. 20), como uma formação marcada pela hegemonia do positivismo e das teorias

mecanicistas, teorias essas que tratam o doente como um corpo biológico e não social. Destacamos que, apesar de a PHAS ter sido criada em um país com uma cíclica história de políticas clientelistas, fragmentadas, oportunistas e assistencialistas, vem tentando romper com esse ciclo de descaso, alterando ou instaurando alterações nas realidades permeadas de descuido, pois, como afirma Boff (1999, p. 19), “Há um descuido e um descaso pela coisa pública”.

Sabe-se que os governos, um após o outro, propõem políticas pobres para os pobres, perpetuando disputas de poder nas quais o outro não é mais do que um instrumento para alcançar um posto de mando que trará benefícios apenas para os próprios interesses e para os aliados, com retorno algum para a sociedade como um todo. A política de saúde tem sido uma “moeda de troca”, por meio da qual se “conquistam” votos com falsas promessas de acesso à medicação, à hospitalização, etc.

Hoje, após 34 meses de implantação da PHAS/SES/RS, apresentamos o seguinte quadro do processo que vem sendo capitaneado pela Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul:

INSTÂNCIAS	QUANT.
Comitê Estadual da PHAS	01
Comitês Regionais da PHAS	19
Comitês Municipais da PHAS	259

**Quadro 1.** Instâncias de Desenvolvimento da PHAS já construídas

INSTÂNCIA	QUANT.
Rede Hospitalar	226

**Quadro 2.** Grupos de Trabalho da PHAS já constituídos

Capacitação da Rede Hospitalar	2.335
Capacitações da Rede Básica	1.954
Participantes em Seminários (2004/2005)	1.098

**Quadro 3.** Número de participantes em oficinas e seminários realizados no processo de implantação e implementação da PHAS

A agenda 2006 de implementação da PHAS contou, em abril, com o Primeiro Seminário da Região Sul, do qual participaram Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e a realização de oficinas regionais e macrorregionais, tal como em 2005. Houve ainda a realização de seminários nos municípios gaúchos de Santo Ângelo, Santa Cruz, Três Coroas e Pelotas. Em 7 e 8 de novembro, realizou-se o II Seminário Estadual da PHAS/RS e o III Encontro Estadual da PHAS, na PUCRS, em Porto Alegre, com a participação de gestores, profissionais e usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização na política de saúde pressupõe o compromisso ético dos gestores e trabalhadores da saúde para com os usuários. Considera na mesma medida o trabalhador da saúde, que também é usuário, suas condições de trabalho e a realidade dos serviços de saúde. Conforme Santos-Filho (2006, p. 3), consultor do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Humanização:

*[...] parte de conceitos e dispositivos que visam à organização dos processos de*

*trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com coresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.*

Durante o processo de implementação da PHAS/SES, os investimentos têm visado à humanização das práticas e relações de todos os atores envolvidos. Nessas relações, os sujeitos se constroem e são construídos, participando como protagonistas em momentos decisivos de suas vidas.

No contexto brasileiro de saúde no qual estamos inseridos, a PHAS/SES tem-se constituído em um movimento fundamental nesse momento em que cada vez mais é urgente o estabelecimento de outras formas de relação entre os seres humanos e destes com o seu entorno. Para além de denunciarmos e anunciarmos tragédias, devemos pensar em como enfrentá-las.

Sendo assim, a PHAS/SES atua para que os serviços de saúde sejam espaços de excelência no estabelecimento de relações de cuidado, respeito e competência, sendo esta uma responsabilidade de todos. Como preconiza a Cartilha da PHAS, a co-

responsabilidade é de “[...] todos os agentes que integram o Sistema Único de Saúde, com o intuito de construir cada vez mais um serviço público humanizado” (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 6).

## REFERÊNCIAS

ANGNES, D.I. HumanizaSaúde: diferencial do atendimento na saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 9-15, jul./dez. 2004.

BELLINI, M.I.B.; SILVA, S.M. **Entrelaçamentos constituintes da rede em saúde**: serviço social, pesquisa e formação profissional no mundo contemporâneo. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Artigo apresentado no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005a.

\_\_\_\_\_. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004.

MINAYO, M.C.S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 11, p. 15-29, 2004.

NOGUEIRA, M.A. **Um estado para a sociedade civil**. São Paulo: Cortez, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **HumanizaSaúde**: Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.

SANTOS-FILHO, S.B. **Perspectiva de avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Material apresentado no I Seminário de Humanização da Região Sul, Florianópolis, abr. 2006.

# CAMINHOS E POSSIBILIDADES À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

## ROUTES AND POSSIBILITIES REGARDING HEALTH HUMANIZATION

**Pamela Caldart**

Acadêmica da Faculdade de Serviço Social/ PUCRS,  
Bolsista FAPERGS

### **RESUMO**

O artigo foi inspirado no II Encontro Estadual de Humanização e no I Seminário Estadual de Humanização, evento promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em parceria com a Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), a UNESCO e a Secretaria de Estado da Saúde. Foi elaborado por uma acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Serviço Social (PUCRS), com o apoio da supervisora pedagógica, e constitui-se em uma reflexão sobre a Política de Humanização da Assistência a Saúde e sua interface com a formação do assistente social. O artigo problematiza as apresentações dos palestrantes do evento e enfatiza a importância da parceria entre Estado e Universidade, reiterando a pesquisa como instrumento de conhecimento e transformação das realidades.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Universidades. Congressos. Política de saúde

### **ABSTRACT**

This article found its inspiration in the II Humanization State Meeting and in the I Humanization State Seminar, events promoted by the Rio Grande do Sul School of Public Health in partnership with the Social Services School Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), UNESCO and the State Secretary of Health. The article was elaborated by a fifth period undergraduate student (Social Service/PUCRS), who was supported by his pedagogic supervisor, and it consists of a consideration upon the Health Care Humanization Policy and its relation to the social worker's development. It further discusses the participants' lectures in the events and finally it emphasizes the importance of a partnership between State and University in order to reinforce research as a knowledge tool and as an opportunity to change realities.

### **KEY WORDS**

Health care humanization. Universities. Congresses. Health policy.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado do II Encontro Estadual de Humanização e do I Seminário Estadual de Humanização, evento ocorrido em julho de 2005, promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em parceria com a Faculdade de Serviço Social/PUCRS, a UNESCO e a Secretaria de Estado da Saúde. Realizado na PUCRS, teve a participação de profissionais de diferentes áreas, que apresentaram suas experiências enfatizando a humanização. Essa diversidade de atores foi cuidadosamente observada na organização do evento, garantindo, assim, a diversidade também nas discussões. Particpei do evento como acadêmica da Faculdade de Serviço Social e, mobilizada pela qualidade das discussões e dos depoimentos, problematizarei as falas dos palestrantes, tentando garantir a riqueza de tudo o que foi dito. Foi essa riqueza de idéias que estimulou a elaboração deste artigo.

A organização da primeira mesa contou com a participação de Alexandre Appel, coordenador estadual do PROCON, e de

Rogério D. Pires, consultor em gestão em saúde<sup>1</sup>, tendo permitido a ampliação do olhar e a convergência para um mesmo tema: “Reencantamento das relações sociais no trabalho”.

Na sua fala, Appel<sup>2</sup> enfatizou como ocorrem as relações sociais no cotidiano, o qual se coloca como fundamental para a compreensão das relações humanas. Como refere Guimarães (2002, p. 11): “o cotidiano é caracterizado pelas as ações de rotina, que se repetem; representa o dia-a-dia, aquilo que fazemos de forma impírica. Contudo, ao refletir teoricamente sobre o cotidiano, é possível identificar o 'incomum do repetido'. A essência do cotidiano está no não-cotidiano ou na cotidianidade”. Appel, por sua vez, enfatiza o cotidiano profissional, apontando que os cidadãos não refletem sobre suas ações, apenas as reproduzem da forma alienada. Segundo ele, isso se dá em decorrência dos seguintes fatores:

- Percepção Coletiva ocorre a partir da influência das crenças e opiniões.
- Polarização de Opiniões assemelha-

<sup>1</sup> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988, art. 196).

<sup>2</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

se à perspectiva do antropocentrismo, no qual há uma rejeição ao diferente que está inserido no senso comum. A polarização coletiva representa a rejeição à opinião do outro, acreditando, assim, que sua opinião seja a mais sensata e adequada.

- Perseverança de Opiniões compreende-se que a sua opinião seja a melhor, não escutando a opinião diferente, por ter dificuldade em aceitá-la.
- Fascínio das Palavras as palavras têm poder sobre os indivíduos, provocando neles reações, sensações e percepções.
- Compreensão do Funcionamento do Contágio Social consiste na distorção das informações absorvidas, em virtude das diferentes interpretações a respeito de uma mesma temática.

A prática alienada ou a alienação é referida por Barroco (2003, p. 87) como aquela:

*[...] que perpassa as várias esferas da vida social contribui para que a totalidade social seja fragmentada em instâncias abstratas, desvinculadas das relações de poder, de classe, de trabalho. Cada uma das esferas sociais subdivide-se em esferas autônomas, aparentemente independentes entre si, cada qual com uma referência de valor. Ao mesmo tempo o individualis-*

*mo favorece a valorização da subjetividade e de uma moralidade individualizada em torno da singularidade do “eu” que se opõe à sociabilidade.*

Assim, entendemos que somente a partir da superação das práticas reprodutoras, naturalizadas, banalizadas e alienadas, será possível a construção e a efetivação de uma *práxis* humanizada nos *locus* de trabalho dos profissionais da área da saúde.

Rogério Pires<sup>3</sup> problematizou as condições necessárias para a humanização. Para ele, humanizar a assistência é:

- Reconhecer que a instituição é produto de seus colaboradores.
- Respeitar a interação da instituição na sociedade.
- Ter como foco a necessidade das pessoas.
- Reconhecer o indivíduo e as suas circunstâncias.
- Qualificar e conscientizar os trabalhadores.
- Oferecer condições dignas de trabalho.
- Manter uma infra-estrutura adequada da assistência.

Appel refletiu sobre algumas questões que se expressam na relação entre indivíduos no cotidiano do trabalho, enquanto Pires (2005) conceituou a humanização da assistência. O evento, dividido entre conferências, mesas de discussão e atividades

<sup>3</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

motivacionais, que incluíram músicas e brincadeiras, garantiu o pleno envolvimento das pessoas, assim como reiterou, por sua forma de organização, a essência do próprio evento.

A população relaciona-se com o serviço de saúde a partir de experiências, crenças, senso comum, opiniões, pesquisas, informações distorcidas ou não. Alguns que desconhecem seus direitos e aquilo que está preconizado na lei utilizam o Sistema Único de Saúde<sup>4</sup> (SUS), estabelecendo, por vezes, uma relação de submissão, conformando-se, sob uma visão fatalista e determinista, de que nada se pode fazer com relação à falta de acesso de qualidade. É preciso, porém, que a população exerça o controle social.

Para Bravo e Pereira (2002, p. 45), o “[...] sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Portanto, a população deve questionar essa situação e debater com os gestores e profissionais da saúde alternativas para o desenvolvimento de uma prática efetivamente humanizada, ou seja, que melhore tanto os indicadores de saúde quanto a relação entre servidores, prestadores e usuários do SUS.

No processo de rompimento dessa relação, é de fundamental importância a participação da comunidade, dos usuários do SUS, na discussão junto aos gestores,

servidores e prestadores do serviço de saúde sobre novas práticas nessa área. Cabe salientar que a saúde pertence à Política de Seguridade Social, a qual é formada também pela assistência e pela previdência.

A Seguridade Social é entendida, conforme Pereira (2000, p. 89), como “direito de cidadania social, estratégias de ação coletiva”, política de garantia de direitos, a partir da “prestação de serviços e benefícios”. Logo, deve ser pensada sob um prisma que seja crítico, indagador e reflexivo da realidade existente, tendo como valores essenciais a igualdade e a justiça social. Poderiam ser acrescentadas as seguintes categorias: cidadania, controle social, liberdade de expressão, equidade, universalidade e integridade.

Igualdade, justiça social, cidadania, liberdade e equidade são princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social. Cabe ao assistente social também lutar para a efetivação desses princípios, sendo que a equidade, a universalidade e a integralidade são os princípios doutrinários do SUS. Ao fazer convergir serviço social e saúde, justifica-se tal interface na presente discussão.

Para a mudança na relação entre servidores e usuários, é necessário que servidor, gestor e prestador do serviço de saúde percebam o usuário na sua integralidade<sup>5</sup>, que é entendida como intenção e

<sup>4</sup> O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, artigo 4º)

<sup>5</sup> Integralidade como crítica a uma atitude médica fragmentária e reducionista, a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação, à formação médica de base flexneriana recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa do paciente integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral (KELL, 2005).

necessidade da ação pública, o que ocorre a partir do desenvolvimento, da elaboração e da execução de projetos técnico-sociais em forma de serviços, produzindo diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo assistencial de saúde antevisto como projeto técnico e, ao mesmo tempo, social.

A Medicina Integral amplia o conceito de integralidade, pois busca, além de suprir as necessidades de ações e serviços de saúde demandados pelos usuários, interliga ações de promoção e prevenção da saúde com ações curativas e reabilitadoras, recusando-se a reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa do paciente.

Portanto, é possível concluir que a integralidade busca “compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva” (KELL, 2005). Para uma compreensão desse tema, é fundamental a noção de totalidade, que se apresenta como a:

*Realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido... A compreensão da dialética da totalidade significa não só que*

*as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1986, p. 35- 42)*

Nessa perspectiva, o usuário deve ser percebido como um todo, como um sujeito histórico, que está inserido em determinado contexto socioeconômico e que precisa de atenção, escuta sensível, acolhimento. Enfim, ser percebido como um sujeito de fato.

Contudo, o que se verifica na sociedade contemporânea é o contrário, pois as pessoas são vistas como objeto: paciente do leito “X”, prontuários número “Y”, patologias, receitas médicas, chegam ao serviço de saúde. Atualmente, há uma visão fragmentada e individualizada do usuário que utiliza o SUS por parte dos gestores, servidores e funcionários das unidades de saúde. Barroco (2003, p. 87), entende que:

*A impessoalidade das relações institucionais, aliada à fragmentação das mediações sociais entre indivíduo e sociedade, permite que os indivíduos se relacionem sem se comprometerem em sua totalidade, tornando possível que as relações entre os homens objetivem-se como relações entre coisas [...].*

A autora enfatiza que a impessoalidade e a fragmentação podem transformar as relações entre os sujeitos, como relações

entre objetos. Entendemos, assim, a perspectiva da visão dos sujeitos como objetos. A Cartilha do Humaniza Saúde, a Política de Humanização da Assistência Social<sup>6</sup> (PHAS), propõe que é fundamental a “superação de práticas profissionais que tratam de corpos ou de conjuntos de sintomas secundarizando a subjetividade dos usuários” (BARROCO, 2003, p. 5).

A realidade no cotidiano dos serviços de saúde, por vezes, expressa-se da seguinte forma: profissionais, principalmente os que trabalham no serviço ambulatorial, que atendem unicamente a demanda imediata e aparente vinda do usuário, justificando a falta de tempo para desvelar a aparente demanda imediata do sujeito. Entretanto, a análise da situação sob um olhar crítico e reflexivo, que supere o aparente, compreende, entre outros aspectos, a visão da pessoa enquanto sujeito. Martinelli (1998, p. 114) afirma que, em toda ação imediata, existe algum tipo de intencionalidade. De acordo com a autora:

*[...] mesmo conhecendo que os embates, os desafios, que o cotidiano coloca ao profissional freqüentemente o obrigam a respostas imediatas que não permitem uma reflexão mais aprofundada e, muitas vezes, por determinações conjunturais, toma características contraditórias em relação às posições assumidas, uma vez que, face às questões imediatas, a estrutura da objetividade da sociedade impõe um comportamento de manipula-*

*ção do que emerge, do que é aparente.*

Essa mesma autora reitera que:

*[...] essa resposta, mesmo a mais imediata e cotidiana, contém em si uma referência à consciência: é sempre um ato no qual a intencionalidade precede (como uma síntese e como um ponto de partida), objetiva e cronologicamente a intervenção, muito embora isto nem sempre fique claro para quem o pratique.*

Em virtude dessa percepção do sujeito como objeto, foi desenvolvida em 2000 a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de:

*Atender as demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Essas demandas superam o simples atendimento e o acesso à medicação, mas principalmente situam-se na integralidade desse atendimento e no respeito aos direitos dos usuários.*

A PHAS, implementada no Rio Grande do Sul em 7 de novembro de 2003, segue as diretrizes da PNH e propõe uma nova perspectiva das relações entre prestadores, gestores e servidores de saúde, determinando:

*O aprofundamento da dimensão cuidadora dos profissionais responsabilizando-os e*

<sup>6</sup>Política que, ao articular na área da saúde, impõe como característica ou qualidade fundamental a humanização dessas práticas em todas as instâncias. Tem como princípios: apoiar, incentivar e propor ações que visem à humanização do Sistema de Saúde no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

*envolvendo-os com o usuário de forma mais ampla e respeitosa; o desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e à criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação trabalhador e usuário; a “pré-ocupação” do trabalhador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do usuário. (BELLINI, 2004)*

Mário Silveira<sup>7</sup> aponta que é preciso estabelecer uma nova fronteira: a humanização. Nesse sentido, estão sendo efetivadas algumas políticas de saúde com essa característica, como Viva Criança<sup>8</sup>, Primeira Infância Melhor (PIM)<sup>9</sup>, Programa Saúde da Família<sup>10</sup> (PSF), Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate<sup>11</sup> (SALVAR) e Município RESOLVE<sup>12</sup>.

A PHAS está diretamente ligada à promoção da saúde, ao bem-estar mental, físico, psicológico e social do sujeito, ou seja, à melhoria da sua qualidade de vida. Carvalho (1998, p. 31) refere que a Carta de Ottawa destaca cinco fatores que constituem a promoção da saúde. São eles:

- 1º) formulação e implementação de políticas públicas saudáveis;
- 2º) criação de ambientes favoráveis;
- 3º) desenvolvimento de habilidades pessoais;
- 4º) reforço da ação comunitária;
- 5º) reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Esses cinco fatores implicam justiça social, ecossistema saudável, solidariedade, alimentação, renda, controle social e equidade. Esta última ainda implica condições de saúde e serviços de saúde (HEIMANN et al., 2004).

O controle social, uma das principais conquistas do SUS, é promovido pela participação efetiva da população, de grupos sociais em órgãos e instituições que discutem a educação para a saúde. A promoção da saúde envolve uma coletividade que está inserida em uma totalidade; portanto, não depende apenas do setor da saúde, pois envolve uma lógica intersetorial entre governo, setor da saúde e setores da educação, da assistência social, da cultura e da economia.

Em sua palestra, intitulada “Humanização & Formação”, Kern<sup>13</sup> enfatiza que a

<sup>7</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

<sup>8</sup> Realizado através de parceria com empresas e governo do Estado (RS).

<sup>9</sup> Prevê a capacitação de visitantes que orientam e esclarecem as famílias socialmente vulnerabilizadas.

<sup>10</sup> Reorganiza a prática da atenção à saúde em novas bases e substitui o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2005).

<sup>11</sup> Formado por um convênio entre o Corpo de Bombeiros e a Secretaria de Saúde, em parceria com a Faculdade de Medicina da UFBA e a Escola Baiana de Medicina. Pelo telefone de emergência da corporação, a comunidade solicita a presença dos socorristas, que se deslocam em uma das viaturas/ambulância até o local do acidente (BAHIA, 2005).

<sup>12</sup> Propõe a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização. Tem como objetivos: melhorar a qualidade e garantir o acesso da população às ações de atenção básica; descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema de saúde, especialmente nas ações de média e alta complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

<sup>13</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

construção de uma prática humanizada se dá a partir da mediação, a qual:

*Expressa as relações concretas e vincula mútua e dialeticamente momentos diferentes de um todo. [...] afastamento de oposições irredutíveis e sem síntese superadora, [...] conexão dialética de tudo o que existe, uma busca de aspectos afins, manifesto nos processos em curso. [...] exclusão de condicionantes causais unidirecionais. (CURY, 2000)*

Cabe ressaltar que a horizontalidade presente nessa mediação, constituída por sucessivas aproximações de um atendimento continuado, caracteriza-se pelo trabalho de “troca” de experiências e informações. Nesse trabalho, o profissional estabelece um vínculo com o usuário, identificando assim, as demandas, por vezes ocultas, dos usuários e estabelecendo com eles uma relação para além do óbvio, do imediato, do aparente. A partir disso, proporciona-se a riqueza da descoberta de um novo conhecimento, que busca o “extraordinário com o ordinário” (LEFÈBVRE, 1991).

Essa revelação parece constituir-se em um dos desafios da sociedade contemporânea. Também é possível salientar que, para a construção da prática humanizada, muito ainda se deve discutir e socializar, através de palestras, fóruns, congressos ou salões de iniciação científica. Para que se possa discutir e socializar informações a respeito de uma prática humanizada, é necessário primeiramente haver a constatação de práticas com “falta de humanização” ou “menos humani-

zadas”.

Nesse sentido, a realização de pesquisas terá potencial de impacto na sociedade, pois sua finalidade é a de transformar um segmento social, um contexto, uma realidade que até então estavam obscuros. E essa transformação pode consistir na melhoria da qualidade de vida da população. Por meio da investigação, aumenta-se a possibilidade de rompimento com o senso comum, com a realidade aparente, e fomenta-se a sensibilização da população. Com o olhar investigativo, crítico e analítico sobre a realidade existente, é visível perceber os elementos necessários para a modificação dessa realidade.

Portanto, é inquestionável o caráter da universidade na formação de pesquisadores, os quais têm a responsabilidade de mediar o conhecimento abstrato encontrado na literatura e o conhecimento concreto da realidade estudada, possibilitando, assim, a construção do conhecimento científico. Este tem como base a formulação teórico-metodológica, cujo conhecimento é visto como um produto dialético, sendo analisado de maneira reflexiva e crítica. Convém destacar que sempre teremos um conhecimento aproximado em virtude de a realidade ser dinâmica.

## REFLEXÕES FINAIS

O II Encontro Estadual da PHAS e o I Seminário Estadual de Humanização atingiram sua finalidade: mobilizaram, aproximaram, sensibilizaram, encantaram e reencantaram. Em um momento histórico

de lutas, sofrimentos, perdas e fome, eventos como esses alimentam a alma, as esperanças e, principalmente, fomentam práticas profissionais reflexivas. No evento, constatou-se que há mais possibilidades que obstáculos para o desenvolvimento de uma prática humanizada.

Na relação com a saúde, nosso olhar por vezes é limitado, pois o que se observa nas unidades básicas de saúde, ou mesmo em hospitais públicos ou conveniados com o SUS, são as limitações no atendimento ao usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade. Esta também é a chamada da mídia: as filas, as mortes, a falta da medicação, a falta de acesso, a precariedade, o desvio de dinheiro, a corrupção... Do que é bem-feito, das iniciativas para os enfrentamentos dessas questões pouco se fala. Muitas vezes, esse também é mais um elemento para o desânimo dos profissionais da saúde. Estando em condições de vulnerabilidade tanto usuários quanto profissionais, o que resta é o que não funciona, apenas o que está incomodando.

Cabe aos profissionais – mas não apenas a eles, uma vez que também é preciso envolver os gestores e a população – o cuidado com a saúde, de forma geral, cada um na sua especificidade e na sua possibilidade, contribuindo para a promoção da saúde e para a efetivação da Política de Humanização da Assistência a Saúde.

Nesse sentido, eventos que agregam órgãos governamentais e universidades, que incentivam a participação de profissionais e acadêmicos (representam profissionais em formação), que se impõem pela dinamicida-

de, efetivamente materializam parcerias de instituições fundamentais na formação de profissionais e na construção de práticas éticas. Essas são as “práticas possíveis que estimulam formações coletivas mais humanas e humanizadas, propondo instaurar uma nova relação entre o sujeito-usuário, o trabalhador-cuidador, as realidades locais e as vivências dos diferentes atores envolvidos nesta área” (BELLINI, 2004, p. 8).

Com este artigo, elaborado a partir da mobilização de uma aluna de 5º semestre da FSS/PUCRS, pretende-se contribuir com reflexão e discussão sobre as políticas de saúde, reiterando a importância da integração entre universidade e serviço de saúde nessa discussão.

## REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria de Governo. Assessoria Geral de Comunicação Social do Governo do Estado da Bahia. **Projeto Salvar completa cinco anos de atendimento de emergência de 27 de dezembro de 2002**. Disponível em: <[www.agecom.ba.gov.br/exibe\\_noticia.asp?cod\\_noticia=3504](http://www.agecom.ba.gov.br/exibe_noticia.asp?cod_noticia=3504)>. Acesso em: 14 ago. 2005.
- BARROCO, M.L.S. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BELLINI, M. I. B. Humanização: opção ou condição de sobrevivência na/da sociedade contemporânea. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2004.
- BRAVO, M.I.; PEREIRA, P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 1 jul. 2005.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>.

Acesso em: 10 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Portal da saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=168](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=168)>. Acesso em: 05 ago. 2005.

BUSS, P.M. et al. (Org.) **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, 1998.

CURY, C.R.J. **Educação e contradição**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GUIMARÃES, G.D. (Org.). **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 11.

HEIMANN, L. et al. Avaliação dos sistemas municipais de saúde: uma proposta teórico-metodológica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 140-148, maio-ago. 2004. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi->>. Acesso em: 07 jan. 2006.

KELL, M.C.G. **Integralidade da atenção à saúde**. Disponível em: <[www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc](http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc)>. Acesso em: 15 ago. 2005.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 35-42.

LEFÈBVRE, H. **A vida cotidiana do mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

MARTINELLI, M.L. O serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 57, jul. 1998.

PEREIRA, P. Por uma nova concepção de seguridade social. **Serviço Social: Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social**, n. 7, jul./dez., 2000.

PROGRAMA Primeira Infância Melhor. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/>>. Acesso em: 05 ago. 2005.

PROJETO Viva Criança. Disponível em: <[www.cvm.floripa.com.br/viva\\_crianca.htm](http://www.cvm.floripa.com.br/viva_crianca.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **HUMANIZA Saúde**: Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2005a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Projeto Município Resolve**. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br/assteplan\\_nova/projeto\\_municipio\\_resolve.php](http://www.saude.rs.gov.br/assteplan_nova/projeto_municipio_resolve.php)>. Acesso em: 14 ago. 2005b.

SETUBAL, A. A. **Pesquisa em serviço social**: utopia e realidade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.



## **EIXO 1: Profissionais-Usuários**



# DESEJO, PODER E REALIZAÇÃO

WILL, POWER, AND ACCOMPLISHMENT

## Joel Adriano Maciel

Conferencista, Pesquisador em Gestão de Pessoas, integra a Assessoria Especial da Diretoria da Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos do Governo do Estado (RS)  
[joel@joelmacieli.com.br](mailto:joel@joelmacieli.com.br)  
Fone: (51) 3286 5093

### **PALAVRAS CHAVE**

Gestão de qualidade. Administração de recursos humanos.

### **KEY WORDS**

Quality management. Personal management

Todos nós temos um dom, uma habilidade, algo em particular que nos torna únicos na imensidão desse Universo. Essa particularidade é o nosso principal instrumento para atingir nosso verdadeiro propósito de vida. Nosso compromisso conosco mesmo. Nosso poder máximo de realização que nos torna capaz de fazer alguma diferença na vida e no mundo. Esse potencial reúne um pacote de habilidades distintas que se somam de forma exclusivo e nos facilita dominar determinadas áreas do saber, do ser e do fazer.

Ao fazer uso de nossos melhores recursos estamos fazendo uso de nossa vocação, que em sua raiz lingüística significa “chamado”. O chamado interior é aquilo que fazemos com satisfação e alegria, recebendo ou não remuneração para desempenhar tal atividade. Quando desenvolvemos esse nosso potencial interior e o colocamos a disposição do mundo, estamos realizando nosso propósito superior. Estamos cumprindo com nossa lenda pessoal.

Durante nossa adolescência e juventude, muitas idéias e planos são elaborados, muitos sonhos projetados, nossa imagina-

ção parece mais fértil e nossa ousadia maior. O mundo se descortina diante de uma enormidade de perspectivas que acalentamos. Somos curiosos, contestadores das normoses do mundo e reunimos uma vitalidade enorme para desfrutar a vida.

O tempo passa, os compromissos com as demandas da vida moderna se somam e se apresentam para serem assumidas. Aos poucos a rotina vai consumindo mais tempo e energia e muitas vezes acaba sufocando nossa capacidade de sonhar e desestimula nossas buscas mais elevadas. Nos esquecemos de quem somos verdadeiramente e passamos a interpretar papéis para agradar às convenções sociais e manter a vida de aparências que muitos levam.

Uma das supremacias de nossa realização humana está no desenvolvimento de nossas virtudes. Isso exige foco. Se cavarmos inúmeros buracos fica mais difícil de encontrarmos água do que se concentrarmos os esforços em alguns poços tornando-os mais profundos.

Começamos a morrer e antecipar nossa aposentaria quando paramos de

sonhar. E já que sonhar faz bem, tenha sonhos grandes, porque sonhar pequeno ou grande, dá o mesmo trabalho.

O ser humano possui um potencial extraordinário para criar e recriar a sua própria existência. Somos a pura potencialidade, que pode ser canalizada tanto para a santidade, quanto para a criminalidade. O que resolvemos fazer com os 10 bilhões de neurônios que sustentamos em nossas cabeças e com nossa genuína capacidade imaginativa capaz de estruturar o mundo a nossa volta, é que faz a grande diferença.

O mendigo que tem a ponte como morada e o diretor de uma grande corporação ambos foram dotados da mesma maravilha que nos coloca no topo evolutivo do planeta, ou ao menos, nos faz pensar que estamos no ápice da evolução.

## **VIDA, CAUSA E EFEITO**

Tudo aquilo que neste exato momento nós temos ou somos, são apenas resultados do que fizemos e do que deixamos de fazer no passado. O presente é consequência. Se nos desagrada, ao invés de reagir é preciso agir. Redirecionar o foco. Se nos agrada plenamente, é imperativo aprimorá-lo. Se continuarmos fazendo o que sempre fizemos, não necessariamente continuaremos obtendo os mesmos resultados no presente e no futuro. Quem sustentava a família em 1980 vendendo disco de vinil, provavelmente não conseguirá manter o mesmo padrão. Diante de

um mundo que muda tanto, incoerência pode ser não mudar. Sucesso no passado não garante sucesso no futuro.

O futuro está sendo construído agora, nesse exato momento e temos o poder de tomar novas e diferentes decisões, que conseqüentemente vão nos proporcionar outros resultados. Somos nós que determinamos os nossos resultados. Do ponto de vista quântico, o futuro também interfere no presente. Porque quando escolhemos um determinado caminho para nossa vida, esse caminho recebe influências das experiências e referências que já tivemos, mas a escolha que tem a ver com o futuro redireciona o nosso foco, passamos a dar atenção para o que antes sequer percebíamos. Passamos a projetar eventos futuros que no caminho de vida anterior não teríamos. Então o futuro influencia o presente.

Quando nossas vidas não correspondem ao que tínhamos idealizado para ela, fica extremamente fácil terceirizarmos a culpa procurando alguém que possa reunir os motivos pelos quais nossos planos foram à deriva. Muitas vezes a culpa revela sentimentos de mágoas acumuladas ao longo da vida. Os pais costumam receber uma fatia da culpa assim como a sociedade, os governos, as igrejas, amigos, sócios, colegas, formação, etc. Como a vida de reclamante não tem futuro promissor, o melhor é não perder tempo.

Muitas vezes os planos estruturados acabam ruindo porque as pessoas concen-

tram o foco exageradamente nos pontos negativos da vida e daquilo que fazem. O pensamento e os nossos desejos atuam no campo extrafísico produzindo cenários e atraindo por ressonância magnética pessoas e circunstâncias. Estudos revelam que são as pessoas que temem os assaltos que são as vítimas preferidas dos assaltantes, assim como são os mais ousados que atraem as oportunidades da ousadia.

O olhar do homem estrutura o mundo a partir do seu ponto de vista. Nossas intenções e nossas decisões são valiosas na definição de nosso futuro. Esforço é fundamental, mas só com esforço não se atravessa o oceano. Basta lembrar que o vencedor de uma partida de futebol é quem faz mais gols e não necessariamente quem mais sua a camisa.

As novas descobertas científicas nos revelam que a lei Darwinista de manutenção das espécies, embora tenha uma lógica comprovada, não se aplica linearmente aos seres humanos. É impossível chegar ao patamar evolutivo de Mahatma Ghandi, de Madre Tereza de Calcutá, de Bill Gates ou de Osvaldo Cruz pela simples lei do mais forte. Nem uma teoria pode ser vista de forma linear. Se a evolução Darwinista fosse aplicada para explicar tudo que existe em nosso meio, as sucessivas gerações de mineiros necessariamente gerariam descendentes menores e mais curvados para adaptar-se ao ambiente, ou então a natureza teria nos dotado com asas ou pernas mais longas para aumentar

nossa velocidade. Instrumentos que acabamos criando posteriormente.

## **AFINAL, QUEM SOMOS?**

Nós alimentamos a ilusão da separatividade, achamos que somos separados da natureza, do mundo e do ambiente que nos cerca. Achamos que aquilo que está dentro é diferente do que está fora de nós. Na verdade aquilo que está fora só existe, porque primeiro é processado e interpretado por nossos sentidos. Portanto o dentro e o fora estão interligados.

Somos um complexo que inclui vários “eus”, que podemos chamar de “multidimensional”. Um somatório de dimensões que se reúne de forma única em cada um de nós.

- Nossa estrutura óssea é composta por minerais, nossa flora se alimenta de vegetais e animais, nosso intestino possui 8 mil diferentes tipos de bactérias que atuam no processamento do bolo alimentar. Para esses seres vivos nós somos um grande hospedeiro.
- Nossos chákaras são pontos energéticos que interagem com o ambiente e com o campo etéreo de outras pessoas.
- O campo emocional e a nossa mente, integram a terceira dimensão, nossa imaginação nos possibilita viajar no tempo e no espaço, sem sair do lugar.

- Ao mesmo tempo somos formados por uma essência superior, que transcende a matéria e o espaço percebido por nossa retina ocular.
- Quando as pessoas nos olham percebem um corpo e nos vêem como tal. Mas nós não somos apenas um corpo, o corpo faz parte de nós. O corpo é uma das várias dimensões de nosso ser.
- Talvez para os físicos quânticos somos consciências co-criadoras e um universo de possibilidades.
- Para algumas filosofias, somos instrumentos de uma inteligência superior.
- Tudo isso se reúne num pacote recoberto por umas personalidades únicas, que reúne expectativas, sonhos e frustrações. Que tem talentos especiais, habilidades natas e desenvolvidas. Um verdadeiro manancial de possibilidades.
- Então o que somos? Somos o que escolhemos perceber. Aos olhos darwinistas, somos mamíferos evoluídos que chegaram ao topo de uma cadeia alimentar, sem predadores. Talvez o planeta, como um grande corpo vivo, nos percebe como uma praga que produz estragos irreparáveis a seu gigantesco corpo que dá sinais de enfermidade. Para os religiosos, somos divindades tendo uma experiência humana, e um dia retornaremos a

fonte criadora. Para nossos pais, seremos eternas crianças. Para os psicólogos somos um ego um superego, uma psique que gera conseqüências em um corpo. Talvez um médico clínico possa nos ver como uma máquina, que eventualmente precisa de alguns reparos. Para o mercado somos um profissional cujo valor é mensurável por resultados efetivos. Para nossos familiares, não tem resultado nem preço que possa mensurar nosso valor, porque somos uma fonte de afeto.

Nosso condicionamento mental nos faz ver aquilo que nos acostumamos a perceber. A realidade é uma criação da mente humana. E essa realidade também recebe uma significativa carga de influências da formação profissional ou daquilo que resolvemos estudar.

Se você tem um determinado problema que gera desconforto físico em uma parte do seu corpo e você procurar um fisiculturista ele vai tentar perceber excessos de atividade física que você possa estar realizando. Um psicólogo vai tentar relacionar o desconforto a um trauma do passado, a um problema de relacionamento com os pais. Um terapeuta floral vai procurar um desequilíbrio energético relacionado aquela área e vai lhe receitar florais e tinturas. Um clínico geral vai pedir um exame, para diagnosticar e medicar, ou encaminhar para um especialista. Um

médium pode ver a origem do seu problema numa via anterior. Um advogado pode ver uma oportunidade de ganhar dinheiro com uma causa trabalhista. Uma cartomante pode atribuir o desconforto à inveja de alguém. Um acupunturista vai procurar os “chacras” e outros pontos energéticos e com algumas agulhas vai trabalhar para restabelecer o equilíbrio.

Portanto o que somos e o que escolhemos ver no mundo, depende do enfoque dos olhos de quem vê.

Nesse contexto, a auto-imagem é de grande valor, porque ela estrutura nosso olhar e nosso agir a partir de uma impressão que temos. Algumas pessoas têm medo do autoconhecimento. Em alguns casos o que temem é a descoberta dos desafios que, a seu juízo temem enfrentar. Outros temem descobrir seu verdadeiro potencial e ser exigido que ele seja posto em prática a serviço da humanidade.

Os estados emocionais que nos encontramos em qualquer momento determinam a nossa percepção da realidade. Diante de um negócio mal sucedido, tememos a perda de outros. Diante de um negócio que deu certo, nos motivamos a buscar novos clientes. Nosso foco estrutura a realidade.

Se não interpretamos e assumimos o controle de nossas reações e impulsos, nos tornamos prisioneiros do passado, pois tendemos a ingressar em um sistema mecânico de ação e reação.

A tomada de consciência pode elevar

nossos padrões e a qualidade de nossas vidas. Ao tomar consciência de nossas interpretações podemos verificar se o que escolhemos focalizar é fortalecedor ou está nos prejudicando. Se não interpretamos, facilmente nos vitimizamos. Parece simples, mas na verdade não é. O nosso cérebro está habituado a direcionar o seu foco, e na maioria das vezes nossas escolhas decorrem desse piloto automático. Quando nos damos por conta estamos nos vitimizando, criticando, avaliando, elogiando, julgando, motivando, etc. de uma maneira automática, tendo as mesmas referências como base.

Só saímos do piloto automático quando resolvermos assumir as rédeas de nosso pensar e adotarmos uma dieta mental de avaliação daquilo que passamos a concentrar nossa atenção. Embora não seja tarefa fácil, precisamos aprender a fazer uso de nosso poder de controle, para conseguirmos mudar o que acontece mentalmente a qualquer momento. Mudar as sensações produzidas por aquilo que nos incomoda e ajudar os outros a mudarem seus estados emocionais redefinindo seus focos.

Para produzirmos mudanças nos estados emocionais podemos fazer uso de vários instrumentos, entre os quais a mudança de foco de nossos pensamentos, alterações em nossa fisiologia, especialmente em nossa postura física, promover perguntas fortalecedoras, ou que possam nos direcionar para uma pedagogia

referente ao assunto. Observar nosso vocabulário referente ao acontecimento, fortalecendo-o. Podemos utilizar metáforas que minimizam a situação, analisar o assunto sob a luz de nossas convicções, valores, referências, etc.. A questão é que se não assumirmos o controle de nossas emoções, elas passam a nos controlar.

Uma das características das pessoas felizes, é que elas focalizam predominantemente aquilo que lhes proporciona felicidade. Não se faz necessário um motivo especial para nos sentirmos bem. Basta decidirmos estar bem que o motivo aparece, nem que seja pelo simples fato de estarmos vivos. O passarinho não canta porque está feliz, ele está feliz porque canta.

## O PODER DAS CRENÇAS

O saber é libertador. Todas as revoluções que experimentamos até aqui foram protagonizadas pela força através de guerras, pelas descobertas científicas, pelas mudanças comportamentais estimuladas pela mídia, etc.. A próxima grande revolução inevitavelmente passará pelo saber, pela educação e o conhecimento.

Evidente que o saber por si só não basta. O mundo está cheio de médicos obesos e sedentários, com a carteira de cigarros no bolso, lhe sugerindo para abolir o cigarro, perder peso e se exercitar. Claro que o que conta na vida não é apenas o que se sabe, mas o que se faz com o que

se sabe. No entanto, o saber é o primeiro passo. É a base de qualquer transformação. Quando nossos saberes são estreitos, as nossas possibilidades tendem a se estreitar. Assim são nossos paradigmas, as crenças que norteiam nossas ações.

A medida que o mundo muda, os paradigmas também vão mudando e interferindo na nossa forma de interpretar as circunstâncias e por conseqüência alterando nossas posturas diante de fatos que antes reagíamos diferentemente. Veja alguns exemplos:

- Há algumas décadas atrás a população acreditava que uma mulher depois de dar a luz não poderia lavar o cabelo, pelo menos 30 dias após o parto. Acreditava-se que ao lavar o cabelo a mulher enfraqueceria e sua saúde seria prejudicada.
- Até a década de 1950, algumas culturas de colonização europeia no interior do Brasil, costumavam enfaixar em panos os bebês em seus primeiros meses de vida, eles acreditavam que dessa forma, a criança que ainda mantinha usualmente a posição fetal se desenvolveria melhor. Além do desconforto as crianças pareciam verdadeiras múmias.
- Em algumas colônias de influência cristã do sul do Brasil, durante a Semana Santa especialmente a quinta-feira e a sexta-feira as pessoas eram desestimuladas a fazer qual-

quer atividade, as crianças não podiam brincar porque as atividades de força não eram recomendadas. Acreditava-se que quando alguém se machucava em plena sexta-feira Santa não se recuperaria mais, e as crianças eram informadas que se riscassem o chão verteria sangue.

- Outro efeito de crença marcou a história da civilização em relação ao banho. Nossos antepassados europeus, especialmente os franceses acreditavam que a água enfraquecia a pessoa por isso evitavam o banho. Daí surgiram os famosos perfumes para amenizar os odores. Essa influência européia foi tamanha que até meados da década de 60 em algumas regiões do interior brasileiro, mesmos aqueles que ganhavam a vida com trabalho duro e suado, somente lavavam pés, braços e rosto ao final do dia. Banho somente aos sábados. Também nessa época se acreditava que lavar o cabelo todos os dias produziria o apodrecimento da raiz e seu conseqüente enfraquecimento. Tomar banho após o almoço então, nem pensar, mesmo que seja embaixo de um inofensivo chuveiro. Tinham medo de morrer de congestão.
- Hoje sabemos que o leite materno é o mais rico alimento que uma criança pode receber. Mas quando as multinacionais do ramo lácteo

começaram a se instalar no Brasil, disseminou-se a crença que o leite da mulher brasileira era fraco, o propósito era introduzir o hábito do consumo do leite industrializado.

Essas crenças que nossos antepassados tinham e alimentavam sem questionar moldavam seus comportamentos. O que faziam estava relacionado ao que acreditavam. Se não questionarmos as crenças que monitoram nossas ações no dia a dia, vamos repetir padrões de comportamentos que por sua vez vão retro-alimentar o estilo e a qualidade de vida que temos.

De certa forma, as crenças que temos governam nosso pensar e norteiam nossa vida. Aquilo que foge do que acreditamos simplesmente evitamos. Precisa estar na cartilha, no circuito fechado do certo e errado, que conhecemos como verdade, para receber nossa aprovação.

Parte de nossas crenças é construída a partir das referências que obtivemos ao longo da vida. Essas referências, tanto boas quanto ruins, são a argila que molda nossas convicções e crenças. À medida que ampliamos nossas experiências, abre-se o leque de construção de referenciais, potencializando a matéria prima que perfila nossas convicções. Se você for adepto da versão cristã sobre o surgimento do mundo, porque essa foi a única opção que lhe foi apresentada, ocorre uma certa limitação, mas se você conhece as teorias científicas e das várias filosofias de

pensamento, seguramente sua posição será enriquecida.

Ajuda a modelar as nossas crenças o ambiente em que vivemos, os acontecimentos da infância, resultados bem ou mal sucedidos do passado e os conhecimentos adquiridos através dos estudos que temos e modelos de referências obtidas.

Já aquilo que escolhemos acreditar a nosso próprio respeito interfere, em nossa forma de ser e de viver. Afeta a construção da auto-imagem que alimentamos e muitas vezes influencia a auto-estima. Se decidirmos acreditar nos rótulos que nos atribuíram no passado, de gordinho, grandinho, bonito, feio, inteligente, burrinho, próspero, acanhado, comunicativo, alegre, desorganizado, etc., temos grandes chances de corresponder aos rótulos que decidimos acreditar.

## MUDANÇAS

Saber que é possível elevar a qualidade de nossas percepções, é o primeiro passo para produzir mudanças positivas. O mundo em que vivemos valoriza a mudança, porque é um mundo marcado pela velocidade e pela inovação. Mas como também vivemos uma época caracterizada pelo materialismo descartável, o superficial e as aparências, temos que tomar cuidado para que a mudança não seja motivada pelo modismo, mas para verdadeiramente nos tornar pessoas melhores e mais evoluídas.

Produzimos mudanças qualitativas à medida que tomamos consciência do que verdadeiramente precisa ser mudado, elevando a qualidade do nosso julgamento. O que muitas vezes pode implicar em rever conceitos que temos e não nos servem mais.

Mudar pode ser temeroso para as pessoas que se acomodam ou temem o que possa vir de novo. O medo do novo é um medo egóico. É o ego que teme perder espaços, prestígio, poder, bens, etc.. O caos assusta. Mas o caos e o desconhecido são necessários para a construção do novo. Você não consegue erguer um prédio em um terreno baldio sem destruir ao menos parte da vegetação do terreno. O não previsível, o inesperado pode trazer as sementes da evolução, mas sempre tememos as intempéries que possam vir acompanhando o desconhecido.

Promover mudanças, não depende da nossa capacidade, mas da nossa motivação. Capazes todos nós somos, mas nem todos estamos dispostos a pagar o preço de promover as mudanças, que se fazem necessárias para melhorar a nossa vida. Se os motivos são fortes os meios aparecem. Potencialize o “Porque” que o “como” aparece.

A partir do momento que se tem claro o que se quer, precisamos mudar o que se pensa e o que se faz. Se continuarmos agindo e pensando do modo antigo, estaremos reproduzindo os mesmos e velhos resultados, ou perdendo espaços.

Promover mudanças implica em abandonar velhos hábitos e incorporar novas posturas. Aí reside nossa maior dificuldade. Abandonar o comodismo, cortar alimentos da dieta, trocar a novela por uma corrida, carne por salada, o ócio pela leitura, etc.. Tudo implica em romper sistemas convencionais.

Muitas vezes as pessoas resistem à mudança porque aquilo que incomoda é compensado pelos ganhos secundários. Por exemplo, tem pessoas que vivem com dores no corpo, doentes, com estafa pelo excesso de trabalho, etc.. Embora tudo isso faça mal para a saúde, essas pessoas recebem a complacência de colegas, a solidariedade dos amigos ou a atenção e afeto dos familiares. Uma pessoa doente costuma receber mais atenção do que quem está sadio. As pessoas também procuram na bebida e no cigarro, uma compensação ou fuga relacionando prazer ao consumo desses produtos, que causam dependência. Em ambos os casos, as pessoas precisam criar novas e fortalecedoras fontes de prazer. O “viciado em doença” precisa ter uma alternativa mais compensadora na saúde e o “viciado em drogas” no controle da sua dependência.

Cada um de nós pode criar seu sistema de compensação relacionando um prazer ao estilo de vida que queremos. À medida que evoluímos podemos nos presentear comemorando as pequenas conquistas. Tudo o que reforçamos se fortalece, o que não reforçamos, desapa-

rece. Isso significa que se reforçarmos os aspectos positivos das pessoas eles aumentam, porque passam a responder as expectativas que temos em relação a elas, sejam boas ou ruins.

À medida que criamos hábitos superiores, criamos vidas superiores. Se nos habituarmos a fazer avaliações superiores, dos acontecimentos que perfazem nosso cotidiano, igualmente enriquecemos as nossas vidas.

## **PODER E REALIZAÇÃO**

O poder verdadeiro é compartilhado. Nosso verdadeiro poder não está nos títulos que ocasionalmente obtemos e nos papéis que interpretamos, mas no poder que temos de nos tornar nosso próprio discurso. O poder em controlar nossa fisiologia, através dos hábitos alimentares e práticas físicas. O poder de nos tornar quem efetivamente queremos através do conhecimento e do estudo. A qualidade de comunicação que estabelecemos conosco mesmo, interfere no estilo de vida que temos e no tipo de relações que cultivamos. Nossa mente funciona o tempo todo, e muitas vezes, involuntariamente nos entregamos aos maus pensamentos e a avaliações negativas que baixam a qualidade do nosso trabalho. O desafio de poder aqui posto é tomar consciência desses pensamentos e procurar ajustá-los. Muitas atrocidades e erros grotescos são cometidos graças ao estado

emocional negativo que a pessoa se encontra. Quantos dizem e fazem barbaridades que algumas semanas depois se arrependem profundamente?

Nas segundas-feiras deveríamos nos preparar para ir a uma festa e não ao trabalho, pois as expectativas são imensamente enriquecedoras. Todos os dias nós criamos estados emocionais e, em determinados estados nós fazemos coisas que em outros jamais faríamos. A magia da vida está na possibilidade que temos para criar esses estados no instante que desejamos e, no momento que julgamos necessários. À medida que focalizamos o que queremos, e não o que tememos, estamos assumindo o controle mental de nosso cotidiano.

Veja o caso de duas datas importantes para nossa cultura o Natal e a virada do ano. São data que o espírito de solidariedade se aflora. As pessoas se sensibilizam com os humildes, recolhem presentes para crianças pobres, ajudam os necessitados com alimentos não perecíveis, fazem planos para o novo ano, se comprometendo com objetivos novos. Planejam abandonar hábitos e vícios. Tudo isso gera impacto sobre as pessoas porque essas datas são carregadas de simbolismo.

Mas uma análise racional da mesma data nos revela outros aspectos. Para os judeus o 25 de dezembro é um dia tão comum quanto qualquer outro. Para os chineses, que não utilizam o calendário Cristão, 31 de dezembro é apenas mais um dia do calendário Chinês. Para os

hindus, budistas, islâmicos entre outros o natal é um dia comum. Então o clima das datas especiais são criações culturais. Isso significa que nós podemos entrar no espírito fraternal e humanitário dessas datas a qualquer dia do ano. Podemos nesse exato momento fazer planos para um ano novo, que possa começar amanhã pela manhã. Os doze meses mais importante da sua vida podem estar começando hoje.

## O PODER DE TOMAR DECISÕES

Nosso destino é moldado nas decisões que tomamos. O chamado livre arbítrio nos abre a possibilidade, de nesse exato momento, tomar uma decisão sobre qualquer área de nossa vida que não nos agrada e estaremos promovendo uma alteração de curso. Não existe consequência sem causa, tudo o que fazemos produz efeito.

Como não somos fruto das circunstâncias mas promotores delas, quando acontece algo em nossa vida que não nos agrada não devemos ficar nos “vitimizandoo” com perguntas do tipo: POR QUE aconteceu comigo? Ao substituir esse questionamento por: PARA QUE aconteceu comigo? Mudamos completamente nosso foco. À medida que mudamos a qualidade das perguntas que nos fazemos, nosso cérebro muda a qualidade das respostas que passará a nos oferecer.

Mas não esqueça, ao nos esquivar-

mos de tomar decisões, estamos decidindo, e nesse caso, estamos terceirizando nosso poder de tomar decisões a outros. Tomar decisões é um exercício. Quanto mais exercitamos melhor nos tornamos em decidir.

Como nem sempre decidir é uma tarefa fácil, sobretudo num mundo de tantas possibilidades como é o nosso, como saber se a decisão que optei é a mais apropriada e correta? A melhor forma de tomar decisões acertadas é ouvir a nossa intuição. A intuição não é privilégio feminino, nem misticismo. Todos nós podemos apurar nossa percepção sutil.

Outra forma apropriada é nos perguntar o seguinte: ao tomarmos essa decisão, todos os envolvidos serão beneficiados? Existe um alinhamento entre os valores que tenho? Não haverá prejuízo para as pessoas, organizações e o meio ambiente?

A tomada de decisão é o mesmo instrumento utilizado pelos grandes nomes da história, homens e mulheres que diante de condições favoráveis ou adversas tomaram decisões e por isso produziram modificações substanciais ao mundo, muitas delas afetando as nossas vidas.

Tudo na vida é consequência e não casualidade. Precisamos aprender a ver as possibilidades diante das adversidades. Somos sujeitos de nossa própria história e não vítima das circunstâncias. Precisamos aprender a romper a inércia e o medo do fracasso. Não é preciso saber tudo para agir. A motivação faz com que se busque o

que é preciso, tendo o que se precisa mas não tendo motivação, não alcançamos o objetivo a ser atingido. Precisamos cultivar a cada dia a disposição de fazer o que precisa ser feito.

Do ponto de vista da física quântica, o tempo não existe. Isso significa que podemos alterar experiências do passado e interferir em nosso próprio futuro, a partir do presente.

# CONVERSANDO COM A ADMINISTRAÇÃO: ESPAÇO PARA MUDANÇAS

## TALKING TO THE ADMINISTRATION: ROOM FOR CHANGES

**Amarildo José Dall Ago**

Administrador.

Especialista em Administração Hospitalar.

Membro do Comitê Regional de Humanização da 14ª CRS.

Associação Beneficente Dom Bosco (ABOSCO).

E-mail: hospitaldombosco@bol.com.br

**Lizângela dos Santos Krolikowski**

Psicóloga.

Coordenadora de Recursos Humanos.

Mestranda em Gestão Pública.

Membro do Comitê Municipal de Humanização de Santa Rosa.

Associação Beneficente Dom Bosco (ABOSCO).

E-mail: rhabosco@yahoo.com.br

### RESUMO

A administração de um hospital está diretamente relacionada ao seu planejamento prévio, determinando um modelo gerencial que atenda às necessidades. Tendo consciência da importância de uma administração transparente, integrada e voltada ao trabalho em equipe, foi criado, em agosto de 2004, o Projeto Conversando com a Administração: espaço para mudanças. Esse projeto está baseado nos objetivos do Grupo de Trabalho de Humanização da Associação Beneficente Dom Bosco, que consistem em oportunizar aos colaboradores momentos que favoreçam a comunicação, a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade. A iniciativa surgiu com o propósito de que todos os colaboradores pudessem participar opinando sobre a atual situação da instituição e também dando sugestões e/ou críticas para melhoria dos serviços prestados. Os grupos são organizados conforme os tipos de serviços prestados. Os encontros acontecem trimestralmente por setor e/ou turno de trabalho. A participação atinge em média 95% do quadro funcional. Obtêm-se resultados relevantes com esse projeto, como o aumento do grau de satisfação e motivação dos colaboradores.

### PALAVRAS-CHAVE

Humanização da assistência. Administração em saúde. Administração hospitalar. Relações trabalhistas.

### ABSTRACT

The administration of a hospital is directly related to the previous planning and determination of a management model that meets its needs. Aware of the need for a transparent, integrated and group-oriented administration work, the Project "Talking to the Administration: room for changes" was created in August 2004. This project is based on the Humanization Work Group at the Charitable Association Dom Bosco, whose goals are to provide collaborators with opportunities that favor communication, free expression, dialog, respect and solidarity. This initiative expects all collaborators to give their opinions about the current situation of the institution, as well as their suggestions and/or criticisms in order to improve the services it provides. Groups are organized according to the different kinds of services the staff performs. Meetings are to be held each three months, by department and/or works shifts. The participation reaches nearly 95% of the staff. Important results can be achieved, which will lead to improvements regarding the level of the collaborators' satisfaction and motivation.

### KEY WORDS

Humanization of assistance. Health administration. Hospital administration. Labor relations.

## INTRODUÇÃO

Somos dotados de linguagem e podemos construir redes de significados, que compartilhamos em maior ou menor intensidade com nossos semelhantes e que nos fornecem identidade cultural. Dessa forma, somos capazes de transformar imagens em escultura e pintura, sons em música, palavras em poesia e literatura, ignorância em religião, arte, saber e ciência. Somos capazes de produzir cultura e, a partir dela, intervir na natureza e modificá-la, como transformar doença em saúde.

Na opinião de Silveira (2004, p. 7), “a necessidade de humanizar alguma coisa parte do pressuposto de que esta mesma coisa pode, em um dado momento, estar desumanizada”. Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Para que o sentimento humano, as percepções de dor ou prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça palavras de seu reconhecimento do outro.

Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário, como também à palavra do profissional de saúde,

de modo que ambos possam fazer parte de uma rede de diálogo. É preciso que haja uma comunicação eficaz entre as pessoas que fazem parte do processo para que a humanização seja constante em nossas ações. Com base nisso, surgiu o Projeto Conversando com a Administração: espaço para mudanças, que é uma forma de cuidar de nossos colaboradores.

## OBJETIVO GERAL

Oportunizar aos colaboradores da Associação Beneficente Dom Bosco (ABOSCO) encontros que favoreçam a comunicação, a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorizar os colaboradores da ABOSCO.
- Contribuir para a melhoria da convivência social entre colegas.
- Melhorar a comunicação setorial e intra-setorial do hospital.
- Qualificar as relações de trabalho.
- Estimular a realização de parcerias, a troca de experiências e de conheci-

- mentos entre os colegas.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de projetos.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar a administração, os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde.
- Desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado.

## PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO

O público atendido abrange os colaboradores da ABOSCO, em um total de 126 pessoas distribuídas nos seguintes setores:

- Raio-X – dois técnicos e uma secretária.
- Telefonia – duas funcionárias.
- Farmácia interna – uma farmacêutica (coordenadora do serviço) e quatro auxiliares de farmácia.
- Compras e almoxarifado – um coordenador, uma auxiliar de almoxarifado e um auxiliar de informática.
- Internações – um coordenador de internações e faturamento, sete atendentes de internações e dois porteiros.
- Faturamento – três auxiliares de faturamento.
- Medicina do trabalho – uma técnica de segurança do trabalho.
- Serviço de nutrição – uma nutricionista, duas cozinheiras e sete copeiras.

- Higienização – uma coordenadora do serviço de higienização e lavanderia, dez serventes de limpeza e quatro serventes de lavanderia.
- Psiquiatria – uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma secretária.
- Serviço de atendimento – três secretárias.
- Laboratório – uma farmacêutica bioquímica e duas auxiliares de laboratório.
- Enfermagem – um coordenador, cinco enfermeiros assistenciais, trinta e sete técnicos de enfermagem, quatorze auxiliares de enfermagem.
- Manutenção – três auxiliares de manutenção.
- Recursos Humanos – uma psicóloga e uma secretária administrativa.
- Setor administrativo – um administrador.
- Setor financeiro – uma técnica em contabilidade e uma caixa.

A equipe conta também com cinco estagiários do Centro de Integração Empresa Escola (CIEE).

## METODOLOGIA

Os encontros são organizados trimestralmente pelo setor de recursos humanos (RH), diferenciando os grupos conforme o tipo de serviço prestado na instituição. Define-se a data, o horário e o local para a realização de cada grupo, e convidam-se os coordenadores de cada setor. Posteriormente, é feita a divulgação interna através de

cartazes.

As reuniões são coordenadas pelo administrador e pela psicóloga do RH, que dão oportunidade a cada colaborador para expor seus sentimentos, expectativas, necessidades e sugestões em relação ao seu trabalho. Depois de cada edição, é feita uma avaliação, junto aos coordenadores, dos respectivos setores sobre as sugestões, os levantamentos de necessidades e as críticas. Todos os encaminhamentos são feitos a partir dessas sugestões expressas pelos colaboradores.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através de pesquisa, realizada em setembro de 2005, por meio da qual os colaboradores tiveram a oportunidade de opinar sobre a importância dos encontros. Essas questões foram diretas com respostas objetivas. A pesquisa foi feita com 87 questionários devolvidos de uma amostra de 100 questionários distribuídos. Os resultados foram os seguintes:

- Na sua opinião, as reuniões realizadas com a administração, o setor de RH e todos os colaboradores foram:
  - » ÓTIMAS: 35,13%
  - » BOAS: 54,05%
  - » REGULARES: 10,82%
  - » RUINS: 00,00%
- A oportunidade de manifestar sua opinião foi:
  - » ÓTIMA: 45,94%
  - » BOA: 37,84%

- » REGULAR: 16,22%
- » RUIM: 00,00%

- A participação dos colegas foi:

- » ÓTIMA: 13,51%
- » BOA: 59,76%
- » REGULAR: 24,33%
- » RUIM: 00,00%
- » NULO: 02,70%

- A presença do administrador foi:

- » ÓTIMA: 54,05%
- » BOA: 35,13%
- » REGULAR: 10,82%
- » RUIM: 00,00%

- A presença da psicóloga foi:

- » ÓTIMA: 48,65%
- » BOA: 40,54%
- » REGULAR: 10,81%
- » RUIM: 00,00%

- O tempo destinado ao encontro foi:

- » ÓTIMO: 24,33%
- » BOM: 64,86%
- » REGULAR: 10,81%
- » RUIM: 00,00%

O nível geral de satisfação dos funcionários em relação aos encontros foi de 85%. O momento criado fez aumentar a confiança entre colaboradores e administração, diminuir o distanciamento das hierarquias (administração, coordenadores e funcionários), amenizar os medos em relação à figura do administrador e da psicóloga e favorecer a liberdade de comunicação.

Percebeu-se também através da pesquisa que ainda precisa ser estimulada a participação efetiva de todos os envolvidos, pois alguns tinham receio de falar e esperavam o pronunciamento dos outros.

## **AValiação**

A criação de um espaço para diálogo com a administração foi um meio de ouvir e valorizar os colaboradores. Esse momento proporciona abertura para sugestões e/ou críticas, visando à melhoria na qualidade dos serviços prestados e, com isso, gerando maior satisfação aos colaboradores e, conseqüentemente, aos usuários.

## **POSSIBILIDADE DE CONTINUIDADE E AMPLIAÇÃO DA INICIATIVA**

A possibilidade de continuação e ampliação do projeto é tão real que, em futuro bem próximo, pensamos que a política de humanização possa fazer parte da vida pessoal e profissional de nossos colaboradores, não necessitando mais que seja reforçado, mas sim apenas ampliado e qualificado.

## **CONCLUSÃO**

Nos grupos, são estabelecidas conexões entre pessoas diferentes e

também entre modos de existencialização diferentes, criando, assim, trocas de experiências significativas. Na opinião de Barros (1994, p. 416), “estar frente a outros dispara movimentos inesperados porque é o desconhecido não só enquanto experiência, como também enquanto modo de experimentar que passa a percorrer as superfícies dos encontros”.

Ao término dessas reuniões, verificamos a importância de ouvir os anseios, as dúvidas, as sugestões e as críticas dos colaboradores, nas quais os mesmos sentiram-se valorizados e atuantes na organização institucional. Com tal ação, percebemos melhoria na motivação dos colaboradores e, simultaneamente, melhoria na qualidade dos serviços prestados, pois, conforme Barros (1994), é necessário resistir, acreditar, suscitar, produzir acontecimentos que façam nascer novos espaços-tempos.

A administração da ABOSCO acredita que esse espaço criado é uma das formas de mostrar ao colaborador o quanto sua participação efetiva é importante para o êxito da empresa, podendo-se perceber pelo nível de satisfação observado no questionário aplicado que esse trabalho trouxe satisfação e bem-estar a todos os participantes.

Tendo em vista os resultados positivos obtidos com essa ação, ela se tornou rotina trimestral em nossa instituição. Em cada edição, pode-se ver mudanças nas atitudes e na motivação dos colaboradores em participar de cada reunião.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação do simulacro. 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BLEICHMAR, S. **A fundação do inconsciente**: desejos de pulsão, desejos do sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004. 56 p.
- HENZ, A.O. Acerca do cuidado: algumas interferências a partir de Martin Heidegger e Michel Foucault. **Revista Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 17-21, abr. 1996.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Humaniza SAÚDE**: Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.
- SILVEIRA, M.R. Apresentação. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, jul./dez. 2004.
- ZIMERMANN, D.E.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

# PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO

## CHILD CARE PROGRAM: AN APPROACH TOWARDS HUMANIZATION

**Almerinda Fagundes Ibeiro**

Contadora.

Membro do Grupo de Humanização da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

**Marcia Helena dos Santos da Rosa**

Assistente Social da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

**Terezinha Amelia S. Pereira**

Técnica em Administração.

Responsável pela Creche da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

**Viviam Maraninchi Alam**

Psicóloga.

Coordenadora do Grupo de Humanização da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

### **RESUMO**

O estudo tem por objetivo relatar os benefícios e as principais atividades exercidas pela Creche da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Fundada em 1988, a creche tem como propósito assistir os filhos das funcionárias durante o período de trabalho delas na instituição. Sua principal meta é proporcionar um conjunto de serviços e atitudes capazes de favorecer o desenvolvimento integral da criança, isto é, o desenvolvimento das diferentes áreas de crescimento, para aprimorar a linguagem, o contato com outras crianças, a criatividade e a capacidade de desenvoltura do mundo exterior, dando ênfase aos jogos individuais, grupais e demais atividades próprias a fim de facilitar a sua integração no meio familiar e na sociedade.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização. Bem-estar da criança. Cuidado da criança. Creches.

### **ABSTRACT**

The following study aims to report the benefits and main activities carried out at the Nursery of Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Founded in 1988, the nursery takes care of the employees' children while they work at the institution. The main goal of this nursery is to provide a number of services and activities that can favor the total development of the child, i.e., the development of different developmental growth periods, in order to perfect language, contacts with other children, creativity, and the capacity of communication in the outside world, emphasizing individual and group games as well as other proper activities that can promote the child's integration into familiar and social environments.

### **KEY WORDS**

Humanization. Child welfare. Child care. Child day care centers.

## INTRODUÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (SCMP), localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul, presta serviços de saúde à comunidade local e regional. Fundada em 1847, a Santa Casa é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, com mais de 70% de seus leitos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde. De acordo como o Regimento Interno do hospital, o Programa de Humanização<sup>1</sup> tem como missão:

*Prestar assistência de excelência e referência na área da saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população da Região Sul do Estado, através da utilização dos recursos disponíveis na atual infra-estrutura e, através do compromisso de atualizar as tecnologias, para suprir as mudanças sociais, garantindo a continuidade no desenvolvimento da instituição. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS, .....)*

Segundo tal documento, os princípios para o cumprimento da missão primam por:

*Respeitar o ser humano e seus direitos; - seriedade e qualidade na prestação dos serviços ao paciente; - garantir a privacidade do paciente e o sigilo profissional; - reconhecer os recursos humanos como fator gerador de qualidade; - valorização do corpo clínico; - vanguarda tecnológica; - preservar e reinvestir no patrimônio. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS, .....)*

A instituição possui, em seu quadro profissional, mais de 800 funcionários, distribuídos nas áreas administrativas, assistenciais e de apoio. Primando pela qualidade e humanização da assistência, a Santa Casa vem intensificando Programas de Melhoria na sua estrutura funcional e organizacional, com vistas a qualificar e melhorar a satisfação, a segurança e o rendimento/a produtividade dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, foi criada, em 1988, a Creche da Santa Casa, com o propósito de

<sup>1</sup> O Programa de Humanização, contido no Regimento Interno da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, foi elaborado por Dirce Stein Backes, mestre em Enfermagem.

assistir os filhos dos funcionários que trabalham nessa instituição. Dessa forma, tem por objetivo proporcionar um conjunto de serviços e atitudes capazes de favorecer o desenvolvimento da criança e facilitar a sua integração no meio familiar e na sociedade.

O tratamento humanizado nas instituições de saúde não se concretiza se estiver centrado unicamente no paciente. Os profissionais de saúde também devem dispor das condições necessárias para desenvolver com qualidade as suas atividades. A idéia da humanização hospitalar supõe um redimensionamento na compreensão da humanização no qual todos os membros da coletividade sentem-se beneficiados e beneficiários.

De acordo com Mezomo (2001), hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa humana, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de qualidade e segurança. Nesse sentido, a humanização hospitalar como proposta adequada para qualificar humanamente o atendimento ao outro deve incrementar o processo de crescimento, valorização e investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições (SILVA, 2000; SELLI, 2003). Logo, entende-se que uma assistência humanizada ao paciente é consequência do atendimento humanizado ao funcionário.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Proporcionar maior segurança e tran-

quilidade às funcionárias durante o período de trabalho e, desse modo, buscar um rendimento maior no desempenho de suas funções.

### Objetivos Específicos

- Proporcionar à criança os primeiros cuidados indispensáveis à vida a fim de atingir o desenvolvimento psicossocial.
- Orientar as experiências diárias da criança, no sentido de garantir um perfeito desenvolvimento psicomotor, promovendo atividades que prepare para viver bem, e oportunizar melhor desenvolvimento individual.
- Visar ao desenvolvimento integral da criança, abrangendo todas as áreas do seu crescimento para aprimorar a linguagem, o contato com outras crianças, a criatividade e a capacidade de desenvolvimento e desenvoltura do mundo exterior, dando ênfase aos jogos individuais, grupais e demais atividades próprias da criança.
- Favorecer a relação entre o adulto e a criança, desenvolvida de maneira satisfatória para ambos, envolvendo respeito mútuo e considerando as diferenças individuais.

### Público-alvo

Os filhos das funcionárias da SCMP que tenham entre 0 e 6 anos de idade.

## Ações Desenvolvidas 2005/2006

Projetos que visam ao desenvolvimento integral da criança em seus aspectos pedagógicos e psicossociais. Em anexo projeto “Criança Fonte de Sabedoria”. Integração das crianças nos eventos promovidos pela instituição, tais como:

- Fórum de Humanização.
- Participação na Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (SIPAT).
- Semana de Enfermagem.
- II Jornada de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
- Semana da Família.
- Aniversário da SCMP.
- Festa de Natal e Formatura.
- Festa Dia das Mães.
- Festa Junina.
- Festa do Dia das Crianças
- Festa de Aniversário da Creche.
- Festa de Carnaval.
- Aulas de Canto.
- Aulas de CTG.

## Resultados Alcançados

- Maior socialização das crianças.
- Alfabetização das crianças através de um processo pedagógico específico.
- Redução de atestados médicos e/ou afastamento dos pais das crianças.
- Maior rendimento/produktividade dos pais no período de trabalho.
- Integração das crianças em promoções, eventos e confraternizações

realizadas na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

- Desenvolvimento saudável, através de uma alimentação balanceada, melhorando, assim, a qualidade de vida das crianças.
- Maior estímulo ao aleitamento materno.
- Estímulo à solidariedade através da integração com as crianças internadas na Pediatria.
- Qualidade integral na assistência das crianças.

Esses resultados são fortalecidos também pela atuação conjunta, ou seja, pela assistência médica, nutricional, psicológica, social e de enfermagem no período em que a criança permanece no projeto. Logo, durante a permanência na creche, a criança é trabalhada, conforme orienta a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional:

*A educação infantil, sendo a primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até os seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. (BRASIL, 2003)*

## Estrutura Física

O programa de assistência às crianças é desenvolvido em ambiente próprio, contíguo à Santa Casa, em uma área de 178 m<sup>2</sup>, distribuída em 12 peças, tais como:

- 1 salão de grande porte;
- 1 sala para o maternal;
- 1 sala para o berçário I;
- 1 sala para o berçário II;
- 1 sala de amamentação;
- 1 lactário;
- 1 área de serviço;
- 1 cozinha;
- 1 refeitório;
- 1 lavanderia;
- 5 banheiros;
- pátio com brinquedos.

## Equipe

O programa conta com 16 funcionárias, a saber:

- 1 administradora;
- 4 profissionais com curso de magistério;
- 5 auxiliares de berçário;
- 2 cozinheiras;
- 1 auxiliar de cozinha;
- 3 atendentes de serviços gerais.

Além dos funcionários lotados especificamente para o programa, ainda atuam, na assessoria, profissionais das diferentes áreas, como: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e grupos voluntários para canto, danças, CTG, teatro e grupo de apoio financeiro.

## Rotina Diária

O programa mantém as suas atividades de segunda-feira a sábado no horário das

06h45min às 19h15min.

Horário das refeições:

- 08h – café;
- 10h – lanche com sucos;
- 11h – almoço;
- 14h – lanche variado;
- 16h – lanche com sucos;
- 17h – janta.

Horário de atividades educativas:

- 08h30min – atividades de lazer orientadas e assessoradas pelos professores;
- 09h30min – dinâmicas de leituras e programas audiovisuais;
- 10h15min – atividades pedagógicas orientadas por profissionais qualificados;
- 11h30min – horário de descanso;
- 14h30min – atividades de lazer orientadas e assessoradas pelos professores;
- 15h30min – atividades pedagógicas orientadas por profissionais qualificados;
- 18h – dinâmicas de leituras e programas audiovisuais.

## Avaliação

A avaliação das atividades é realizada continuamente com a equipe técnica, sob a orientação da coordenação da creche. São realizados encontros, mais especificamente com professores, psicóloga, assistente social, gerente de serviços e nutrição, a fim de avaliar as atividades desenvolvidas para as

crianças. Essas atividades compreendem painéis, trabalhos com argila, sucatas, recortes, dobraduras, entre outros.

### Relatos de mães com filhos na creche

*A partir do momento que minha filha Kemily passou a freqüentar a Creche da Santa Casa, o seu comportamento se tornou positivo, se tornou mais amiga, atenciosa, carinhosa, comportada, extrovertida. Aprendeu também a compartilhar, a conversar, tornando-se, assim, uma menina inteligente, devido ao apoio das educadoras da creche. (L.P.N.)*

*Minha filha está na creche desde os 3 meses e adora a creche. Ela é muito esperta e começou a falar muito cedo. Quando comecei a ensiná-la a usar o vaso, foi muito fácil, porque já estava aprendendo na creche. Quando a comparo com outras crianças da mesma idade, ou até com mais idade que ela, noto uma grande diferença, pois é mais sabida. Quando ela estava com 2 anos, me surpreendi ao vê-la contar até 10, sendo que nunca havia ensinado. Hoje ela sabe cantar as músicas da escolinha, faz apresentações, adora os passeios, me conta dos filmes que eles assistem, dos aniversários na creche. Vive pedindo para comprar bombons, balas, etc., porque ela quer levar para as tias e os coleguinhas. Gosta da comida da creche, sempre me diz o que comeu, gosta de abóbora, cenoura, etc. Quando brinca com outras*

*crianças, ela sabe dividir. Se come alguma coisa, oferece para mim e para todos que estão junto. (M.L.)*

*A Aline veio para creche quando completou 5 meses. Então, como esta fica localizada a meia quadra da Santa Casa, tive a oportunidade de amamentá-la até os 6 meses, indo até lá sempre que necessário. A adaptação no berçário foi ótima e, sempre que algo diferente ocorria com ela, eu era avisada imediatamente, podendo levá-la ao médico e medicá-la nos horários recomendados. A evolução, tanto da coordenação motora quanto da fala, se deve quase que completamente à creche, já que ela passava o dia inteiro lá. Foi lá que ela aprendeu a comer com sua própria mão, a caminhar, a falar as primeiras palavras, etc. No que diz respeito à alimentação, também só tenho a agradecer, sendo que existem regras e horários, as refeições são elaboradas por nutricionistas, com frutas e legumes que sempre estiveram no cardápio, fazendo com que ela crescesse sabendo que tais alimentos são importantes para “deixar o cabelo bonito, a pele bonita”. No aspecto social, a creche foi essencial para o seu desenvolvimento. Ela aprendeu a brincar com os coleguinhas, a dividir os brinquedos, sem falar que sempre foi uma criança desinibida. Antes de completar 2 anos, começou o processo de tirar as fraldas, e pensei que seria algo muito difícil, mas graças à experiência das educadoras foi compensador. Então, com 2 anos ela passou para o maternal, onde*

começou a realizar atividades com desenhos e trabalhos variados. Cada vez que o caderno ia para casa, era uma surpresa, pois ela sabia fazer coisas que eu nem imaginava que ela soubesse, tanto desenhos, como pinturas e até palavras. Além disso, todas as datas comemorativas são lembradas e são realizados trabalhos sobre o tema, como, por exemplo, o Dia do Índio. No Dia das Mães, no Dia das Crianças e no Natal são realizadas festinhas de confraternização nas quais as mães participam e as crianças fazem apresentações. A creche é toda decorada e vemos que realmente existe um empenho por parte das professoras. Minha filha, agora com 4 anos, está no pré e, com certeza, sua evolução na creche é diária, a cada dia ela aprende coisas novas, tanto que se refere ao aprendizado quanto à educação. Enfim, são inúmeras as vantagens que temos em poder deixar nossos filhos na creche, e é bem possível que eu tenha esquecido de citar algo. (J. S.T)

### **Relatos de chefias de funcionárias com filhos na creche**

*Durante os 12 anos em que trabalho nesta instituição, sempre tive funcionários que mantêm seus filhos na creche e constatei que eles rendem mais, ficam mais seguros, confiantes, prestativos e agradecidos, pois seus filhos são bem cuidados e, principalmente, quando estão doentes, eles mesmos os medicam, podendo dar-lhes atenção durante o expediente A*

*creche é uma extensão do nosso trabalho. (I.M.)*

*As mães referem que, com a creche próxima ao trabalho, elas podem ficar tranqüilas, pois sabem que as crianças são bem cuidadas, alimentadas em horas certas e de maneira correta, recebem educação, aprendem e desenvolvem atividades que, se ficassem com familiares, não teria quem as ensinasse da mesma forma. As mães ficam tranqüilas, pois sabem que seus filhos são bem cuidados. As crianças também se sentem bem na creche. Estranham nos primeiros dias, mas logo se acostumam, e aí não querem mais ficar em casa, pois criam aquela idéia de que vêm trabalhar com a mãe. (M.B.L.)*

### **Perspectivas Futuras**

- Ampliar o processo de integração das crianças com a sociedade através de parcerias.
- Mobilizar um laboratório de informática com pelo menos três computadores.
- Qualificar a área de lazer com brinquedos pedagógicos

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: Lei nº 9.394/96, art. 29. Rio de Janeiro: DE & A, 2003. Disponível em: <portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lbd.pdf>. Acesso em: 23 set. 2006.
- MEZOMO, C.J. **Hospital humanizado**. Fortaleza: Premius, 2001.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS. **Regimento interno**. Pelotas, ano.
- SELLI, L. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 248-253, abr./jun. 2003.
- SILVA, M.J. P. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

# ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO E FONOAUDIOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVO HAMBURGO (RS)

## SHELTER, HUMANIZATION AND SPEECH AND HEARING SCIENCES AN EXPERIENCE REPORT AT A BASIC HEALTH SERVICE UNIT IN SOUTHERN BRASIL

**Ana Júlia Lenz**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Andréa Gernhardt**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Bárbara Niegia Garcia de Goulart**

Fonoaudióloga. Especialista em Saúde Pública.

Mestre em Epidemiologia pela UFRGS.

Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP EPM.

E-mail: bgoulart@via-rs.net

**Franceli Zimmer**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Jaqueline Garcia da Rocha**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Juliana Richinitti Vilanova**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Leticia Borges Zwetsch**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

**Mariana Wolf**

Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale (RS).

### RESUMO

**Introdução:** relatamos a experiência de trabalho desenvolvido por estagiárias de Fonoaudiologia em uma unidade básica de saúde de Novo Hamburgo. Considerando que a maior parte das ações, nessa unidade de saúde, estão concentradas em consultas médicas, com média de quatro minutos cada, o trabalho desenvolvido teve por objetivo esclarecer os usuários sobre questões ligadas ao desenvolvimento infantil nos dois primeiros anos de vida, incluindo ações de prevenção primária e secundária. **Métodos:** durante a realização de estágio obrigatório de Fonoaudiologia Comunitária, realizamos ações de educação para promoção da saúde através da orientação, em sala de espera, às mães usuárias da unidade de saúde sobre o desenvolvimento normal e cuidados gerais com crianças entre 0 e 2 anos, com ênfase em questões ligadas à amamentação e à remoção de hábitos deletérios ao desenvolvimento infantil.

**Resultados:** considerando a demora para consulta médica, em geral, superior a uma hora, nossa proposta de trabalho contribuiu para tornar esse tempo de espera mais prazeroso. Além disso, as mães já percebem que estão sendo recebidas pela equipe de saúde da unidade. Constatamos também que a amamentação natural é feita regularmente e que a permanência de hábitos deletérios ao desenvolvimento saudável das funções orofaciais é comum. **Conclusão:** uma das formas de trabalho da Fonoaudiologia em Saúde Pública é o acolhimento em sala de espera. Esse tipo de atuação contribui para a atuação interdisciplinar, já que em diversas oportunidades contata-se o profissional que atenderá o paciente para acrescer questões que passariam despercebidas em consultas clínicas convencionais.

### PALAVRAS-CHAVE

Acolhimento. Humanização da assistência. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Comunicação em saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** we present an experience developed by speech and hearing sciences (SLP) probationers in a basic health service unit located in southern Brazil. Considering that most of the actions in this unit is focused on medical appointments that take around four minutes, our main objective was to contribute to make parents learn more about their children's development during their first two years of life, including primary and secondary preventive actions. **Methods:** from March to July 2006, some SLP probationers developed communitarian interactions with parents who used to go to the basic care unit. They provided them with orientation and information exchange in the waiting room, especially about regular development and general care regarding children aged 0 to 2 years old, giving emphasis to matters related to breastfeeding and to the removal of deleterious habits concerning children's craniofacial development. **Results:** considering that children generally wait up to 1 hour for medical appointments, our project can make this waiting time more pleasant. Besides, parents have already realized that they have been welcomed by the unit's health team. We have also verified that breastfeeding is done regularly and that the permanence of deleterious habits concerning craniofacial development is common. **Conclusion:** this is one of the strategies SLP can implement to promote health care. The method that we present contributes to interdisciplinary actions. In many opportunities the SLP team can make contact with the professional that is going to examine the patient and contribute with more information that, otherwise, would not be noticed in regular medical consultations.

### KEY WORDS

User inclusion. Humanization of assistance. Public health. National Health System. Health communication.

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde nas unidades básicas ainda parece estar centrada na demanda espontânea, a partir da procura dos indivíduos pelos serviços oferecidos. Em geral, está associada à busca por recuperação da saúde, resolução de um problema específico e momentâneo, conforme descrevem Teixeira (2000) e Goulart (2003). Para Aerts et al. (2004), “uma das maiores críticas a esse modelo consiste na sua incapacidade de impactar significativamente os níveis de saúde da coletividade”.

Com base no conceito de que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e de que, para a manutenção do bem-estar, é necessário cuidado constante, incluindo estratégias mediadoras entre as pessoas e o ambiente, objetiva-se aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, incluindo entre estes aspectos ligados ao trabalho, ao emprego, à renda, à educação, à cultura, ao lazer e aos hábitos de vida (AERTS et al., 2004).

No âmbito da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), a prevenção assume

um importante espaço, sendo considerada a premissa essencial para a promoção e a manutenção da saúde (GOULART, 2003). Andrade (1996) e Goulart (2003) destacam que há uma divisão didática para explicar a abrangência do termo “prevenção”: é possível compreendê-la em duas etapas no processo de saúde-doença, ou seja, aquela realizada no período pré-patogênese e aquela realizada quando já há doença ou agravo instalado.

As autoras descrevem que a prevenção primária está ligada a ações para evitar o surgimento de doenças e/ou agravos (pré-patogênese). Quando já há doença instalada, existe a possibilidade de intervenção para diminuição de seqüelas (comorbidades) e/ou interrupção do adoecimento, também denominada prevenção secundária. A prevenção terciária consiste na reabilitação quando há danos irreversíveis e as seqüelas são inevitáveis.

Na Fonoaudiologia, existem conceitos e pressupostos que vêm sendo debatidos hoje e ainda ocorrem muitas discussões em torno da promoção, da proteção, do diagnóstico precoce e do tratamento da comunicação humana e seus distúrbios. Recentemente, a prevenção tem sido tema de estudos

também na área da Fonoaudiologia.

*No caso da Fonoaudiologia, a área da prevenção só recentemente tem sido incluída como campo de estudo. [...] A prevenção não se restringe à diminuição da ocorrência de doença. Deve incluir necessariamente conteúdos que venham a promover, proteger, diagnosticar, tratar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. (ANDRADE, 1996, p. 58)*

Para essa área, “a fase de prevenção primária consiste na eliminação ou inibição dos fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias da comunicação” (ANDRADE, 1996, p. 58). “A prevenção, quando primária, atua reduzindo, em muito, os custos operacionais, as alterações e os distúrbios apresentados pelo indivíduo” (CANONGLIA, 2000).

*[...] o SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar de muitos esforços, o SUS ainda enfrenta algumas dificuldades como, por exemplo: “Desrespeito aos direitos dos usuários; [...] modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; [...] precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção”. (BRASIL, 2006)*

Lembrando ainda o novo conceito de saúde que visa ao bem-estar do paciente,

deve-se salientar, principalmente em saúde pública, a importância de uma política de saúde voltada aos direitos do cidadão e ao melhor uso dos serviços de saúde. Buss (2000) e Teixeira (2002) ressaltam a necessidade de que se construam modelos de atenção à saúde da população que levem em conta a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos sociais, bem como a diversidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e municípios brasileiros com respeito à organização e à gestão do SUS. Para isso, a Política de Humanização criada pelo Ministério da Saúde tem como objetivo trazer melhores condições de atendimento aos usuários do SUS.

Tendo em vista os conceitos de prevenção e a política de humanização, a Fonoaudiologia pode atuar em sala de espera através de ações de educação para a promoção de saúde. Essa medida torna possível a atuação interdisciplinar, um dos princípios básicos da política de humanização. Além disso, aproxima a equipe de saúde da população.

Ações de promoção da saúde e disseminação dos princípios e políticas de saúde vigentes, assim como dos direitos dos usuários, podem contribuir de forma positiva na saúde geral do paciente. Além disso, Andrade et al. (2005) realizaram estudo sobre a influência materna no desenvolvimento infantil, enfatizando a relevância do tema desta investigação. Os autores referem que, embora haja poucos estudos no âmbito da saúde coletiva no Brasil, considerando que a Organização

Mundial da Saúde (OMS) vem dispensando especial atenção a essas questões, diversos estudos conduzidos na década de 1980 encontraram associação entre essas variáveis.

O relato aqui apresentado está calcado nos princípios da Política de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde, acolhendo os pacientes e as suas famílias e resolvendo dúvidas que, provavelmente, não seriam esclarecidas durante o atendimento, que dura cerca de quatro minutos. No trabalho desenvolvido, são oferecidas desde orientações específicas, dirigidas para mães de crianças de 0 a 2 anos em relação à amamentação e à retirada de hábitos orais deletérios ao desenvolvimento craniofacial, até orientações gerais básicas sobre o desenvolvimento infantil, o serviço de saúde e os direitos dos usuários do SUS.

## MÉTODOS

No período de março a julho de 2006, cumprimos estágio curricular obrigatório na área de Fonoaudiologia Comunitária. A seguir, descrevemos nossa experiência durante esse período na unidade básica de saúde.

Ao chegarmos à Unidade Básica de Saúde Canudos, localizada em Novo Hamburgo (RS), primeiramente fomos estimuladas a pensar sobre a realidade do posto e sobre quais seriam nossas propostas de trabalho diante do que observamos. Diversas propostas foram levantadas, mas rapidamente mudadas diante de um dado apresentado pelo coordenador do posto: a

maior dificuldade enfrentada referia-se ao acompanhamento pré e pós-natal. Diante desse fato, decidimos organizar grupos de orientação, sendo um para gestantes e outro para mães de crianças de 0 a 2 anos. Fomos divididos em pequenos grupos de trabalho (duas duplas e um trio). Um grupo prestaria atendimentos a casos mais simples e rápidos, enquanto outro grupo organizaria a orientação às gestantes, e o terceiro grupo organizaria a orientação às mães de crianças de 0 a 2 anos.

No grupo de mães, organizamos palestras e temas a serem discutidos, tais como: importância da amamentação, desenvolvimento infantil, cuidados gerais com o bebê e importância da brincadeira para a criança. Nosso objetivo era formar quatro turmas, com encontros mensais, totalizando de três a quatro encontros por grupo. Nossa proposta foi frustrada quando nos deparamos com o fato de que esses grupos dificilmente funcionam. As mães ou não demonstravam interesse, ou não tinham disponibilidade, já que trabalhavam (algumas ainda estavam em licença-maternidade).

Mudamos, então, a proposta. Em vez de grupos, faríamos orientações individuais em sala de espera. Nosso público-alvo ainda seriam as mães de crianças até 2 anos e nosso enfoque recairia sobre a importância da amamentação natural e a retirada de hábitos deletérios, lembrando que estes ocasionam não somente uma alteração da aparência, mas também da função. É claro que, como futuros profissionais da área da saúde, não podemos deixar de atender e orientar o paciente como um todo. Por isso,

além do enfoque adotado, abordamos de modo geral o cuidado com o bebê. Igualmente, orientamos os usuários em relação ao funcionamento do posto de saúde e aos seus direitos junto ao SUS.

## RESULTADOS

Percebemos que as mães são bastante receptivas à abordagem, não demonstrando resistência às orientações. Quanto à amamentação, elas parecem não ter dúvidas, ou não as demonstram. A maioria delas já tem outros filhos e julga que, em função de sua experiência, já têm conhecimento sobre o assunto. Em relação aos hábitos, as mães parecem ter mais dúvidas, utilizando nossas orientações para conscientizar as crianças sobre a necessidade da retirada do hábito. Notamos que as mães, embora vejam a repercussão dos hábitos, não os retiram, alegando que a criança é muito apegada a eles e demonstra resistência para abandoná-los. Assim, não combatem tal resistência, preferindo as conseqüências daí decorrentes. Observamos, ainda, que demonstram interesse em esclarecer dúvidas relativas à saúde geral da criança. Isso mostra a necessidade de que, como profissionais da saúde, tenhamos conhecimento básico de todas as áreas, inclusive do sistema de saúde pública.

Nosso trabalho em sala de espera também oportuniza à população sentir-se mais acolhida pelo sistema de saúde. Tanto as mães quanto os demais pacientes abordam-nos para esclarecimento de várias dúvidas, como, por exemplo, o funcionamento do posto. O tempo de espera para os

atendimentos, com freqüência, é superior a uma hora. Isso se deve ao fato de que a demanda de pacientes é elevada em relação ao número de profissionais e ao espaço físico. Nosso trabalho em sala de espera não diminui esse tempo, porém minimiza o desconforto da espera, trazendo mais segurança à comunidade.

Constatamos que as crianças, em geral, são amamentadas no peito regularmente até o final do primeiro trimestre. Um dos fatores que leva as mães a introduzir mamadeira, ou outro tipo de alimentação complementar, é a volta ao trabalho. Observamos que as mães amamentam durante o período de licença-maternidade e, depois disso, intercala-se a amamentação natural com a artificial. Como referido anteriormente, os hábitos deletérios são freqüentes. A permanência deles é superior aos 3 anos, não havendo tentativas por parte dos pais e familiares de retirá-los. Durante o trabalho em sala de espera, de março a julho de 2006, não observamos praticamente nenhum caso de alteração grave do desenvolvimento.

## DISCUSSÃO

Segundo Ctenas e Vitolo (1999, p. 14), “a amamentação é a maneira natural de alimentar o bebê nos primeiros meses de vida, apresentando vantagens tanto para ele como para a mãe”. Nesse sentido, é importante orientar as mães quanto às vantagens da amamentação natural, já que muitas não sabem a diferença entre o leite humano e o leite de vaca. Além disso, “a crença de que o leite materno é fraco, ou seja, que o leite de

vaca é melhor do que o leite humano, ainda existe” (MEDEIROS et al., 2003, p. 84).

A primeira vantagem é que o leite materno tem uma composição de nutrientes específica, que supre as necessidades da criança durante o seu crescimento, além de conter agentes imunológicos doados pela mãe que protegem o bebê de doenças infecciosas e diarreias. O leite humano também apresenta nutrientes adequados ao metabolismo infantil, o que torna dispensável a alimentação complementar no primeiro semestre de vida. Medeiros et al. (2003, p. 84) ainda lembram que “a digestão do leite de vaca é mais difícil e demorada e que ele possui uma proteína chamada lactoglobulina, que é o principal causador das alergias deste leite”. A primeira mamada é fundamental porque é quando o bebê recebe o colostro.

*O colostro é uma reserva de leite já formada antes do nascimento, em minúsculas bolsas da mama. Ele é diferente, tem cor amarela e é “pegajoso”. A sua principal função, além de alimentar, é proteger o bebê recém-nascido de doenças infecciosas. (CTENAS; VITOLLO, 1999, p. 19)*

Além disso, “o colostro ajuda a limpar as vias intestinais do bebê, ajudando-o a evacuar o mecônio” (MEDEIROS et al., 2003, p. 84). A amamentação traz para o bebê inúmeras vantagens, como menor ocorrência de problemas digestivos e prisão de ventre, mais resistência contra resfriados, doenças do pulmão, alergias e infecções

agudas e crônicas, principalmente nas vias respiratórias e no ouvido.

A amamentação no peito ainda fortalece a musculatura da face e da boca, pois favorece o bom desenvolvimento das estruturas, evitando futuros problemas na fala e na mordida (oclusão). “A estrutura óssea facial cresce estimulada pelos movimentos musculares, e as funções de respiração, sucção, deglutição, posteriormente, mastigação e fala são os grandes responsáveis por essa verdadeira escultura viva” (GONÇALVES, 2001, p. 49).

Segundo Cunha (2001, p. 6-8), “ao nascer, o bebê tem a mandíbula retraída e pequena, ou seja, o terço inferior é menor em relação às outras partes da face. [...] A sucção é a primeira função realizada pelo bebê através da amamentação”. Enquanto suga, a criança estimula o avanço da mandíbula para que haja harmonia entre essas estruturas, mais tarde favorecendo a oclusão.

*Para o bebê extrair leite do seio materno, ele tem que elevar a língua, pressionando o mamilo contra o palato, enquanto a mandíbula realiza movimentos concomitantes para frente, para trás, para baixo e para cima, exercendo uma pressão intra-oral negativa para a obtenção do leite. Esta é uma tarefa que exige grande esforço de toda a musculatura da face. (CUNHA, 2001, p. 8)*

Outra função que é favorecida é a respiração. Enquanto o bebê suga o peito da mãe, não o solta e mantém os lábios veda-

dos, o que favorece a respiração nasal. Isso também repercutirá positivamente no crescimento facial da criança.

A mamadeira é a principal vilã da estimulação do crescimento facial equilibrado. “Ao ser alimentado naturalmente, o bebê executa de 2000 a 3000 movimentos de mandíbula, enquanto na alimentação artificial (mamadeira) esses movimentos são apenas de 1500 a 2000” (LEITE et al., 2002, p. 239).

*A mamadeira, principalmente quando possui um bico alongado e duro, pode provocar um deslocamento nos lábios para fora e aprisionar a língua contra a base da boca. Assim, ao engolir, o bebê não eleva a língua contra o palato como deveria ocorrer, projetando-a para frente. (MEDEIROS et al., 2003, p. 87)*

Vale salientar que, com a mamadeira, o líquido sai do bico muito facilmente, sobretudo porque há uma tendência de a criança inclinar a cabeça para trás, o que não exige nenhum esforço da musculatura para sucção. Isso se agrava quando as mães, na tentativa de auxiliar a alimentação dos filhos, fazem um furo maior no bico da mamadeira.

Por isso, é de extrema importância que se alerte as mães para que não adotem tal procedimento nem “complementem” a alimentação da criança, já que o leite materno é suficiente nos seis primeiros meses de vida. O uso da mamadeira, que geralmente fornece à criança leite de vaca ou chás e sucos adoçados, acaba fazendo-a preferir a mamadeira e rejeitar o peito.

Sendo assim, a criança não receberá estímulo adequado do crescimento das estruturas, o que ocasionará problemas posteriores. O bom desenvolvimento das estruturas estomatognáticas é fundamental para a aquisição adequada dos sons da fala, prevenindo distúrbios articulatórios. Além disso, o laço afetivo que a amamentação cria entre mãe e filho é de fundamental importância para o desenvolvimento da linguagem.

*Desde o nascimento, a criança é exposta ao modelo adulto de linguagem oral; este tipo de informação é armazenada, inicialmente, em uma memória verbal de curto prazo (MCP). Esta memória permite transferir as informações e as propriedades fonológicas da língua para uma memória mais duradoura, a memória de longo prazo (MLP). [...] estes modelos lingüísticos armazenados na memória de longo prazo posteriormente dão suporte à fala espontânea e à fluência a criança. (JERÔNIMO; GALERA, 2000, p. 55)*

Medeiros (2003, p. 85) complementa que “o contato físico estabelecido entre a mãe e o bebê no aleitamento materno é extremamente importante para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança”. Este influenciará até mesmo no desenvolvimento da personalidade. É importante que, na hora da amamentação, a mãe converse com o bebê e dedique-lhe atenção exclusiva. Ainda que seja feito o uso da mamadeira, em casos nos quais a amamentação no peito é inviável, a mãe deve fazê-lo com a criança no colo para que se

mantenha esse laço afetivo.

Além das vantagens para a criança, a mãe também é beneficiada com a amamentação, já que apresenta menos chances de desenvolver câncer de mama e conta com um importante aliado na recuperação do peso normal.

*Na hora do parto, o hormônio ocitocina é liberado para a contração do útero, e esta liberação é reforçada se o recém-nascido é posto para mamar já na sala de parto. Isto causa uma nova descarga do hormônio, que provoca a redução do tamanho do útero, liberando a placenta e diminuindo o sangramento. (GAMBURGO; MUNHOZ; AMSTALDEN, 2002, p. 44)*

“A face é o local do organismo humano que mais sofre remodelações influenciadas pela natureza, assim como pelo ambiente e movimentos que realiza no decorrer da vida” (FIGUN; GARINO, 2001, p. 49). Por isso, é fundamental que se observem todos os estímulos, tanto os positivos quanto os negativos, dados à face, especialmente quando em fase de desenvolvimento e crescimento, para que se proporcione a ela um desenvolvimento equilibrado.

A amamentação natural é a forma mais adequada de estímulo ao bom desenvolvimento facial. Desse modo, orientar as mães quanto a essa importância é fundamental. De acordo com Gamburgo, Munhoz e Amstalden (2002, p. 40), “medo, insegurança e falta de informação adequada, tanto das mães quanto dos profissionais da saúde, podem complicar a simplicidade da ama-

mentação”, o que torna essencial que as mães recebam tal orientação.

Com relação aos hábitos orais, Camargo (2003, p. 45) oferece a seguinte definição:

*Hábito pode ser considerado um reflexo e/ou estímulo aprendido que traz como resultado o prazer e a satisfação. Quando um hábito adquirido pela repetição freqüente de um ato prejudica o organismo humano, pode-se dizer que é um hábito parafuncional.*

“A sucção digital e o uso da chupeta são hábitos orais deletérios que podem causar desequilíbrio muscular, perturbar o desenvolvimento normal da oclusão dentária, comprometendo a morfologia e a função do sistema estomatognático” (SILVA, 2003, p. 12). Ambos servem de apoio para o bebê superar a fase entre fantasia e realidade, tendo a ilusão de que está chupando o seio da mãe. A sucção digital pode iniciar, muitas vezes, na vida intra-uterina ou mesmo após o nascimento. Nos três primeiros meses, é uma atitude reflexa, produzindo satisfação e efeito tranqüilizador ao recém-nascido. Passada essa fase, as causas apontadas para a sucção digital são a frustração por inexperience de sucção satisfatória e a falta de atenção materna para aliviar as tensões ao corpo. Proença (1990 apud LUTAIF, 1999, p. 11) destaca que:

*A criança que não é amamentada no seio, e sim na mamadeira, tem a tendência de sugar o dedo como uma necessidade de*

*exercitação da musculatura. Sua fome foi saciada, porém a necessidade de sucção não, e é nesse momento que se instala o hábito.*

Diversas são as alterações ocasionadas pela permanência desses hábitos na criança. Ganzález (2000, p. 43) refere que:

*Na sucção do polegar, a língua se situa em posição baixa, embaixo do dedo e adiantada; o fechamento labial não existe; o lábio superior fica curto e hipotônico por falta de função; o lábio inferior muitas vezes encontra-se hipertônico, junto com o músculo mentoniano, pois ambos comprime o polegar.*

Conseqüentemente, aparecem os seguintes transtornos esqueléticos: mordida aberta anterior, palato atrésico, hipodesenvolvimento mandibular e projeção maxilar superior. O hábito de sucção colabora para a instalação de um quadro de deglutição atípica. A protrusão dos dentes supero-antiores será observada, particularmente se o dedo for mantido para cima contra o palato. Pode-se forçar a mandíbula a assumir uma posição retraída para a prática do hábito, e os incisivos inferiores podem estar inclinados para lingual. Quando os incisivos superiores estiverem inclinados para labial e ocorrer uma mordida aberta, torna-se necessário que a língua seja projetada para frente durante a deglutição a fim de promover um selamento anterior, mesmo que o hábito já tenha sido retirado. Tomé, Farret e Jurrach (1996, p.106) afirmam que “a

mordida aberta anterior é a maloclusão mais freqüente”.

Cunha (2001, p. 38) faz a seguinte advertência: “Os especialistas concordam que o hábito de sucção do dedo acarreta maiores alterações nas arcadas que o da chupeta, havendo maiores dificuldades para sua eliminação, além de maior dificuldade na manutenção da higiene”. Aconselha-se, assim, a introdução da chupeta ortodôntica, que seria, nesse caso, menos prejudicial para a criança. Por volta dos 2 anos, poderá ser retirada sem grandes problemas. Acredita-se que, se a saúde mental e física da criança estiver bem, ela sugará o dedo ou a chupeta por um período de sucção fisiológica, abandonando o ato sem dificuldades. Quando isso não acontece, aconselha-se investigar as possíveis causas da permanência do ato.

Brazelton (1994 apud LUTAIF, 1999, p. 14) destaca que “muitos pais preferem a chupeta em relação ao dedo”. A maioria deles argumenta que a chupeta é mais fácil de tirar e controlar. Ainda assim, geralmente, os pais não se preocupam muito com qual a chupeta mais adequada e utilizam a convencional. De acordo com Camargo (2003, p. 46), “a sucção de chupeta convencional por mais de 2 anos pode provocar alterações na musculatura oral, portanto sugere-se a substituição desta pela ortodôntica”.

Aconselha-se o uso de chupeta ortodôntica para evitar danos devidos à forma anatômica, mas ressalta-se que a permanência do hábito além do segundo ano de vida, mesmo que com a chupeta adequada, é

prejudicial. Existe o relato de que a criança, aos 2 anos de vida, apresenta a dentição decídua completa, e as conseqüências observadas pelo uso da chupeta são prejuízo do alinhamento dos dentes, flacidez da musculatura facial, impedimento da movimentação correta da língua durante a fala e favorecimento da respiração bucal. A má oclusão, por sua vez, pode-se dar pela influência dos hábitos durante a fase de crescimento.

É importante salientar que a repercussão que esse hábito terá na face depende de três fatores: duração, freqüência e intensidade.

*A criança que permanece, todos os dias, o tempo todo com a chupeta na boca (sem, no entanto, sugá-la), e mantenha esse hábito depois dos dois anos de idade, poderá, muito provavelmente, vir a ter alterações nas arcadas dentárias, além de outras alterações na tonicidade dos músculos e no modo de respirar, decorrentes da má postura da língua e dos lábios que esse hábito provoca. (CUNHA, 2001, p. 34)*

Quanto mais cedo são retirados esses hábitos, melhor é o prognóstico das alterações oclusais:

*Algumas maloclusões que surgem de hábitos de sucção podem ser autocorrigidas ao cessar o hábito, por exemplo, se o padrão esquelético for normal, o hábito será interrompido precocemente, a deformação terá sido leve, haverá uma*

*deglutição com dentes em contato e os hábitos neuromusculares associados serão de natureza suave. (TOMÉ; FARRET; JURRACH, 1996, p. 107)*

Se forem orientadas a tempo, as mães ainda terão a chance de retirar esse hábito e, assim, evitar problemas mais graves ou, até mesmo, reverter essa situação prejudicial aos filhos.

## CONCLUSÃO

O conhecimento da população, em especial a usuária dos serviços de saúde pública oferecidos pelo SUS, em relação às vantagens da amamentação e aos riscos da continuidade de hábitos deletérios é extremamente limitado. Muitos mitos criados pela cultura popular são a única referência que essas mães utilizam na criação de seus filhos. Por isso, a criança cresce sem que haja uma atenção maior a essas questões e arca com os prejuízos em sua vida adulta.

De acordo com a literatura, a retirada de alguns hábitos deletérios – sendo os mais comuns nessa idade a sucção digital, o uso da chupeta e da mamadeira – e a amamentação adequada – de preferência a amamentação natural – favorecem o desenvolvimento normal da face, da oclusão e, conseqüentemente, da fala. Além disso, evitam outros problemas, como, por exemplo, a mordida aberta anterior, que pode levar a um comportamento inadequado das estruturas e alterar, inclusive, a fala.

A orientação à população quanto a esses aspectos traz um maior conhecimento e,

por conseguinte, uma maior qualidade de vida. Além disso, a presença de parte da equipe de saúde em sala de espera demonstra maior interesse por parte do serviço de saúde pelos seus usuários. A equipe ainda pode oferecer orientações relativas aos serviços de saúde pública em geral. Dessa maneira, os usuários sentem-se mais seguros e valorizados como seres humanos, e o desconforto do tempo de espera é minimizado.

## REFERÊNCIAS

- AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, 2004.
- ANDRADE, A.S. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 606-611, 2005.
- ANDRADE, C.R.F. *Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico*. São Paulo: Lovise, 1996. 165 p.
- BONAMIGO, E.M.R. et al. Como ajudar a criança no seu desenvolvimento: sugestões de atividades para a faixa de 0 a 5 anos. 8.ed. Porto Alegre: UFRGS, 1982. 95 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, p. 261-281, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em: 24 jul. 2006.
- \_\_\_\_\_. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CALLAHAN, D. The who definition of health. In: ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v3n1-3/02.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- CAMARGO, A.S. Chupeta convencional versus chupeta ortodôntica. *CEFAC*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 45-48, jan./mar. 2003.
- CANONGLIA, M.B. Intervenção precoce em fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 69 p.
- CTENAS, M.L.B.; VITOLLO, M.R. Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2, 1999. 272 p.
- CUNHA, V.L.O. *Prevenindo problemas na fala pelo uso adequado das funções orais: manual de orientação*. São Paulo: Pró-Fono, 2001. 66 p.
- FIGUN, M.E.; GARINO, R.R. Anatomia odontológica funcional e aplicada. In: GONVALVES, T.C. et al. A sucção e o desenvolvimento do sistema estomatognático: algumas considerações. *Revista Fono Atual*, São Paulo, n. 18, p. 48-53, dez. 2001.
- GAMBURGO, L.J.J.; MUNHOZ, S.R.M.; AMSTALDEN, L.G. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. *Revista Fono Atual*, São Paulo, n. 20, p. 39-47, jun. 2002.
- GANZÁLEZ, T.Z.N. *Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial*. São Paulo: Santos, 2000. 121 p.
- GONÇALVES, T.C. et al. A sucção e o desenvolvimento do sistema estomatognático: algumas considerações. *Revista Fono Atual*, São Paulo, n. 18, p. 48-53, dez. 2001.
- GOULART, B.N.G. A fonoaudiologia e suas inserções no Sistema Único de Saúde: análise prospectiva. *Revista Fonoaudiologia Brasil*, Brasília, DF, v. 2, p. 29-34, 2003.
- JERÔNIMO, R.R.F.; GALERA, C.A. A relação entre memória fonológica e habilidade lingüística de crianças de 4 a 9 anos. *Pró-Fono: Revista de Atualização Científica*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2000.
- LEITE, I.C.G. et al. Relação da amamentação com o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, Curitiba, v. 3, n. 12, p. 237-242, jul./set. 2002.
- LUTAIF, A.P. Chupeta: uso indiscriminado? *CEFAC*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 8-15, jan. 1999.
- MEDEIROS, A.M.C. et al. Orientação fonoaudiológica sobre os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento da linguagem In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L. (Org.). *Tópicos em fonoaudiologia 2002/2003*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 81-94.
- SILVA, C.V.P. Fatores facilitadores da sucção digital. *Fonoaudiologia Brasil*, Brasília, DF, v. 2, n. 4, p. 12-15, dez. 2003.
- TEIXEIRA, C. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TOMÉ, M.C.; FARRET, M.M.B.; JURRACH, E.M. Hábitos orais e maloclusão. In: MARCHESAN, I.Q.; ZORZI, J.L.; GOMES, I.C.D. (Org.). *Tópicos em fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1996. p. 97-110.



# GRUPO SALA DE ESPERA: TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

## WAITING ROOM GROUP: MULTIPROFESSIONAL WORK AT A HEALTH BASIC UNIT

**Nina Rosa d'Ávila Paixão**

Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital-Escola UFPEL-FAU.

E-mail: nina@fau.com.br

**Alessandra Rodrigues Moreira Castro**

Especialista em Psicopedagogia Clínica.

Gerente de Educação do Hospital-Escola UFPEL-FAU.

### RESUMO

É inerente ao ser humano a característica de agrupar-se aos seus semelhantes, com vistas a encontrar apoio e ajuda. Troca de conhecimentos, experiências, expectativas e até mesmo medos e angústias podem proporcionar aos pacientes um sentimento de coesão e segurança. Devido a esses aspectos, criou-se o projeto Grupo Sala de Espera Unidade Básica de Saúde Santos Dumont, com a finalidade de desenvolver ações sistemáticas de caráter socioeducativo que visam à promoção de cuidados com a saúde do usuário do Sistema Atenção Pública, estimulando a multidisciplinaridade e aproximando o ensino acadêmico da realidade vigente, estreitando a relação entre a teoria e a prática, bem como a humanização do atendimento. O projeto também visa a colaborar no alívio da ansiedade e no processo de adesão do paciente no decorrer do tratamento, objetivando a melhora da qualidade de vida. Além disso, busca identificar e tabular, através de instrumentos de avaliação, casos de maior incidência frente à comunidade da Unidade Básica de Saúde, permitindo ações de caráter preventivo. As reuniões do grupo são realizadas na sala de espera da Unidade Básica de Saúde do Bairro Santos Dumont, em Pelotas (RS), com o auxílio de uma equipe multidisciplinar responsável pela abordagem dos temas, pelo desenvolvimento dos encontros e pela aplicação do instrumento de avaliação.

### PALAVRAS-CHAVE

Centros de saúde. Grupos de auto-ajuda. Conscientização. Saúde pública.

### ABSTRACT

Human beings have an innate sense of gathering in groups, seeking to help and support each other. The exchange of knowledge, experience, expectations, and even fears or afflictions can provide cohesion and security to the patients. Due to these concerns the Waiting Room Santos Dumont Health Basic Unit project was created, which is aimed at developing systematic actions that intend to promote health care to the Public Care System user. The project also reinforces a multidisciplinary approach, bridges the gap between academic knowledge and the current reality, brings theory and practice closer, and promotes the humanization in medical care. Moreover, the project aims to help temper anxiety and enhance the patient's compliance with the treatment, in an attempt to improve these patients' quality of life. Finally, it also tries to identify and organize, through assessment instruments, the most common cases occurred at the Health Basic Unit, which allows us to take preventive measures. These meetings take place in the Health Basic Unit at Santos Dumont community, Pelotas-RS, with the help of a multidisciplinary staff, in charge of approaching the topics, developing the meetings, and applying the assessment instrument.

### KEY WORDS

Health centers. Self-help groups. Awareness. Public health.

## INTRODUÇÃO

Em função do modelo cultural da saúde no Brasil, o governo federal investe no desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento público da saúde, através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001). Essa atitude fundamentou-se no reconhecimento de que o planejamento em saúde, na maioria das vezes, desconsidera as circunstâncias éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença.

No decorrer dos últimos anos, porém, as demandas referentes à assistência em saúde têm estado voltadas para uma proposta integradora. Poderíamos dizer que estamos vivendo o início de um processo de mudança na cultura de atendimento à saúde (SOUSA, 2001). Acredita-se na tarefa de estudar e atender o homem na saúde e na doença, sendo necessário percebê-lo no seu contexto biológico, psicológico e social de forma simultânea (BLEGER, 1989), o que é considerado como ideal e, na realidade, está diretamente relacionado à qualidade da assistência prestada pelas instituições da saúde (BRASIL, 2001).

Sendo assim, por um lado, considera-se

o processo de espera para assistência em saúde um fenômeno merecedor de atenção, pois é nele que se dá o início da relação entre o indivíduo, a doença, a equipe de assistência e a assistência propriamente dita, assim como o acesso ao conhecimento necessário para a busca e/ou a manutenção de uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, percebe-se a necessidade e a importância de integrar acadêmicos de graduação das áreas da saúde a um projeto multiprofissional, de caráter interdisciplinar e de cunho educativo, informativo e preventivo aos usuários do sistema de saúde (MIYAZAKI et al., 2002).

Nesse contexto, os grupos sala de espera (Figura 1) fundamentam-se em experiências anteriores e no Programa de Assistência Psicológica do Plano de Ação do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Escola UFPEL-FAU, tendo como embasamento teórico os grupos operativos (MELLO FILHO et al., 2000; PICHON-RIVIÈRE, 1988; ZIMERMANN, 1993). Além disso, têm como objetivo desenvolver ações sistemáticas de caráter socioeducativo, que visam tanto à promoção de cuidados com a saúde do usuário do SUS quanto a um estímulo à multidisciplinaridade e à humanização do atendimento.



**Figura 1-** Grupo Sala de Espera

## **METODOLOGIA**

Pode-se considerar a metodologia utilizada dividida em três etapas, de acordo com alguns critérios estabelecidos.

### **Seleção de Estagiários e Professores da Área**

A equipe de trabalho foi selecionada a partir da divulgação junto aos acadêmicos e professores dos referidos cursos e de contato com os coordenadores de projetos de extensão realizados nas dependências do Hospital-Escola UFPel/FAU, tendo como critério básico o interesse, a motivação e a disponibilidade de horário para desenvolver a atividade.

### **Capacitação dos Estagiários**

A capacitação dos estagiários foi realizada através de apresentação da proposta de trabalho e construção coletiva do projeto na seguinte seqüência:

- **Plano de ação:** composto pelo levantamento de demandas trazidas pelos agentes comunitários e pelo índice de casos clínicos apresentados pelos multiprofissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), que ocorrem durante reuniões mensais agendadas previamente pela própria unidade.
- **Cronograma:** construído a partir da disponibilidade de horários das equipes, com responsabilidade semanal de cada área por semana.
- **Formação das equipes:** agrupadas inicialmente pelas áreas (nutrição, enfermagem, etc.) com a possibilidade de formação eventual de novos grupos, conforme o interesse ou a disponibilidade de horários.
- **Periodicidade:** de acordo com o cronograma montado, uma das áreas assume a responsabilidade das atividades, que deverão ocorrer no mínimo uma vez por semana em um dos turnos disponíveis.
- **Caracterização:** este trabalho tem como validade acadêmica de estágio curricular, podendo ser de caráter obrigatório ou não, classificado como estágio curricular e extracurricular, através de atestado de participação.

### **Desenvolvimento da Atividade**

As atividades ocorrem semanalmente em períodos de 20 minutos cada (podendo ocorrer no máximo quatro por turno), nos turnos da manhã e/ou tarde, sendo realiza-

das por acadêmicos da graduação com temas previamente definidos (Tabela 1), preparados no âmbito de cada área específica e apresentados em forma de *folder* (Quadros 1 e 2), ficando sob a responsabilidade de cada professor/supervisor o compromisso de acompanhamento e supervisão.


Durante o trabalho, aplica-se um instrumento de avaliação (Quadro 3) com

vistas a obter conhecimentos prévios (lado A) do usuário da UBS sobre o tema, partindo-se de uma pergunta comum a todos os grupos: “O que é saúde para você?”. Esse mesmo questionário é reaplicado após conclusão, em que os usuários responderão às mesmas questões (lado B). A tabulação dos dados coletados nos instrumento de avaliação tem a finalidade de identificar as necessidades do usuário e/ou o conheci-


**Tabela 1** - Planilha demonstrativa dos resultados

Relação de Temas	Área	Nº de Pacientes Atendidos
Atenção à saúde do idoso	Nutrição	11
	Enfermagem	18
	Odontologia	28
	Fisioterapia	11
Terapias alternativas e complementares	Nutrição	9
	Enfermagem	20
	Odontologia	--
	Fisioterapia	9
Prevenção e assistência a doenças do inverno	Nutrição	5
	Enfermagem	14
	Odontologia	8
	Fisioterapia	9
Importância de manter o peso ideal (obesidade)	Nutrição	25
	Enfermagem	13
	Odontologia	27
	Fisioterapia	9
Importância de manter o peso ideal (anorexia)	Nutrição	10
	Enfermagem	18
	Odontologia	5
	Fisioterapia	5
Perigos da pressão alta (hipertensão)	Nutrição	11
	Enfermagem	11
	Odontologia	--
	Fisioterapia	12
Maneiras de manter em equilíbrio a diabetes	Nutrição	13
	Enfermagem	9
	Odontologia	11
	Fisioterapia	12



Fonte: Departamento de Educação HE-UFPEL-FAU.

<p><b>Obesidade</b></p> 	<p><b>O que pode levar à obesidade?</b></p> <p># A obesidade pode ter origem hereditária, familiar.</p> <p># Fatores ambientais, somados a hábitos alimentares e culturais, como comer pão com torresmo.</p> <p># Fatores emocionais, como depressão e ansiedade. Isso pode ter origem na infância, como, por exemplo, quando uma criança está chorando e, para ela parar, ganha um doce, isso cria nela o costume de comer algo para compensar sempre que estiver triste.</p> <p># Fatores fisiológicos, ou seja, próprios do organismo, como problemas de tireóide, idade, etc.</p> <p><b>Obesidade Infantil</b> A criança que for alimentada em excesso</p>	<p>formará novas células que não desaparecerão quando ela crescer. Assim, terá tendência a engordar.</p> <p>O motivo mais freqüente para a obesidade em crianças é o desmame precoce. As mães param de amamentar só no peito e começam a dar leite engrossado com farinhas. Também ocorre o problema de uma alimentação inadequada, como comer fora de hora, tomar refrigerante, comer doces e salgadinhos, em vez de frutas.</p> <p><b>A obesidade traz problemas na vida adulta?</b> Sim, além dos problemas comuns a todos os obesos, as pessoas que foram obesas quando crianças poderão apresentar alterações ortopédicas (como problemas de coluna) e dermatológicas (como feridas).</p>
<p>A obesidade ocorre quando existe grande quantidade de gordura no corpo, podendo ser comprovada em casos nos quais o peso está muito acima do ideal, de acordo com fatores como altura, sexo, idade e estrutura corporal.</p>		

**Quadro 1- Exemplo de folder utilizado (frente)**

<p><b>Obesidade e Gravidez</b> Muitas mulheres, durante a gravidez, devido a crenças culturais, acreditam que devem "comer por dois", o que pode causar obesidade ou agravá-la. A obesidade nesse período é especialmente perigosa por poder causar doença hipertensiva exclusiva gestacional e diabetes. Essas duas doenças são responsáveis por grande número de morte de mães e bebês, além de aumentar o número de infecções urinárias e a incidência de partos do tipo cesariano.</p> <p><b>Por que a obesidade é perigosa?</b> Porque pode causar: # Diabetes. # Doenças da vesícula biliar. # Doenças respiratórias, cardiovasculares e pressão alta. # Problemas digestivos, como refluxo.</p>	<p># Derrame. # Depressão. # Distúrbios menstruais. # Vários tipos de câncer. # Problemas sociais.</p> <p><b>O que fazer para emagrecer?</b> Procurar a unidade básica de saúde para conversar com enfermeiros, médicos e nutricionistas. Assim, será feita uma avaliação se o indivíduo está obeso, ou apenas acima do peso, e o que deve ser feito. Nem toda dieta é aconselhável, assim como os exercícios físicos devem ser realizados de acordo com a realidade e com a condição física de cada um.</p> <p><b>Dicas para fugir da gula...</b> # Não comer fora da hora das refeições. # Tomar bastante água durante o dia. # Se sentir fome entre as refeições, comer frutas, mas não em excesso.</p>	<p># Evitar os excessos alimentares, inclusive com frutas. # Retirar-se da mesa assim que terminar a refeição para evitar comer sem necessidade. # Manter-se sempre ativo e evitar passar o dia em frente à televisão comendo biscoitos e guloseimas. # Antes de comer, avaliar se está realmente com fome.</p> <p>Se resolver emagrecer, faça isso por você, não somente pela aparência ou pelos comentários alheios. Priorize sua saúde para ter qualidade de vida.</p> <p>Equipe de Enfermagem e Obstetrícia UFPel.</p> 
--	--	--

**Quadro 2- Exemplo de folder utilizado (verso)**

 	<p>ENFERMAGEM SEXO: ( ) F ( ) M IDADE: _____</p>	<p>LADO 1</p>
<p>COLOQUE V PARA AS VERDADEIRAS E F PARA AS FALSAS</p>		
<p>1. ( ) A obesidade na infância está relacionada com o desmame precoce e com a introdução de novos alimentos sem orientação adequada.</p> <p>2. ( ) A obesidade na gestação leva a um maior número de partos do tipo cesariano.</p> <p>3. ( ) A obesidade pode levar a várias doenças, exceto derrame, câncer e depressão.</p> <p>4. ( ) A obesidade pode ser originada não só pelo fato de comermos demais, como também por problemas do nosso organismo.</p>		
<p>O que é SAÚDE para você?</p> <p>_____</p>		

**Quadro 3- Instrumento de avaliação aplicado antes e depois da explanação do tema**

Item	1ª Etapa		2ª Etapa	
	Nº	%	N	%
Quantas pessoas responderam...				
<b>Quantas mulheres...</b>				
<b>Até 20 anos</b>				
<b>Até 40 anos</b>				
<b>Até 60 anos</b>				
<b>Mais de 60 anos</b>				
Quantos homens...				
<b>Até 20 anos</b>				
<b>Até 40 anos</b>				
<b>Até 60 anos</b>				
<b>Mais de 60 anos</b>				
Acertaram a 1ª questão				
Homens				
Mulheres				
Acertaram a 2ª questão				
Homens				
Mulheres				
Acertaram a 3ª questão				
Homens				
Mulheres				
Acertaram a 4ª questão				
Homens				
Mulheres				
Acertaram a 5ª questão				
Homens				
Mulheres				
Saúde é para homens até 20 anos				
<b>Até 40 anos</b>				
<b>Até 60 anos</b>				
<b>Mais de 60 anos</b>				
Saúde é para mulheres até 20 anos				
<b>Até 40 anos</b>				
<b>Até 60 anos</b>				
<b>Mais de 60 anos</b>				

#### Análise das respostas tabuladas, referente a 1ª e 2ª etapas

Questões	Corretas	Incorretas
1		
2		
3		
4		
5		
<b>Aberta</b>		

#### Quadro 4- Modelo de tabulação dos instrumentos de avaliação

## RESULTADOS

A análise de resultados apresentada no Quadro 4 permite perceber que as informações oferecidas pelos estagiários tiveram influência na mudança de opinião dos usuários. Além disso, houve maior aproveitamento do conhecimento em determinadas áreas do que em outras, o que mostra que diferentes variáveis podem ter contribuído para a obtenção de tais resultados.

Na área da nutrição, constatou-se que o índice de aproveitamento das informações oferecidas foi de 19,58%, o que representa 48,71% do aproveitamento total. Esse dado pode estar associado ao fato de que assuntos relacionados à nutrição e aos hábitos alimentares são de maior interesse dos usuários. Também é possível ponderar a questão da cultura popular sobre os chamados tabus. A população em geral tem concepções equivocadas sobre os fatores nutricionais.

Na área da fisioterapia, observou-se pouca influência na mudança dos resultados. Esse fato pode estar relacionado à falta de conhecimento prévio do nível cultural da população, justificada pela ausência do serviço na UBS. Tal situação pode refletir-se pelo baixo nível de exigência verificada nos instrumentos de avaliação aplicados aos usuários.

Na área da odontologia, o tabu e a falta de conhecimento sobre saúde bucal estão tão presentes quanto na área da nutrição. Além disso, não se pode desconsiderar a realidade do nosso sistema de saúde, que é ineficaz em termos de estrutura física e de

atendimento.

Na área da enfermagem, constatou-se que a variável mais significativa envolveu um assunto específico no âmbito da credence popular, já que os outros assuntos estão relacionados à doença e ao seu tratamento, principal motivo que leva os usuários ao serviço de saúde.

Analizando de forma geral os resultados e os dados levantados, é possível perceber que, independentemente da área e de suas variáveis, o projeto evidencia que os usuários conseguem responder positivamente aos temas apresentados, a partir de uma intervenção informativa/educativa, o que demonstra a importância do trabalho de educação para a saúde.

## AVALIAÇÃO E CONCLUSÕES

Os resultados levantados até o momento são parciais e estão em fase de discussão, uma vez que as atividades continuam ocorrendo. Entretanto, tendo em vista o propósito inicial deste trabalho, pode-se considerar que, em sua totalidade, a maior parte dos objetivos vem sendo alcançada. Partindo desse princípio, podemos avaliar que houve um índice significativo de benefício para o usuário, assim como um aproveitamento relevante para a equipe multiprofissional, com grande destaque para o trabalho *extra muros* realizado pelos acadêmicos.

Sob o prisma da formação acadêmica, constatou-se um ganho relativo aos conhecimentos adquiridos nos cursos da graduação, os quais puderam ser exercitados por meio de uma discussão coletiva e interdisciplinar,

baseada no processo de ação-reflexão-ação. Além disso, certamente tem proporcionado ao acadêmico um melhor conhecimento da realidade do SUS no Brasil.

Sem dúvida, esse tipo de trabalho possibilita que os acadêmicos sejam multiplicadores de uma política de saúde voltada para a qualidade de vida das pessoas e que os programas de educação para a saúde tenham espaços reservados nas universidades, facilitando a compreensão das necessidades e da realidade da saúde pública.

SOUSA, R. et al. **Curso de humanização**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2001.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 182 p.

## REFERÊNCIAS

BARENBLIT, G. **Grupos teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 219 p.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 138 p.

\_\_\_\_\_. **Temas de psicologia, entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 113 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, DF, 2001. 60 p.

FERRARI, M.A. **Mãe positiva, bebê saudável**. Joinville: Grupo Existência. Disponível em: <<http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/aids/premio1/trabalhos/071.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2005.

MELLO FILHO, J. et al. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

MIYAZAKI, M.C.O.S. et al. Health psychology: extended community services, education and research. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2005.

RIBEIRO, S. A. et al. Estudo caso-controlado de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862000000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 5.ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1988. 181 p.



## **EIXO 2: Rede**

# REDES E VULNERABILIDADES: O OLHO DO FURACÃO

## NETWORKS AND VULNERABILITIES: THE EYE OF THE HURRICANE

**Francisco Kern**

Assistente Social.

Mestre e Doutor em Serviço Social.

Docente da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.

Coordenador de Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.

**Maria Isabel Barros Bellini**

Assistente Social.

Mestre e Doutora em Serviço Social.

Docente da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.

Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola Pública de Saúde (RS).

### RESUMO

O artigo problematiza o momento histórico atual e os processos de vulnerabilidade a que estamos expostos. Trata do mundo da informação e do conhecimento, assim como da busca incessante por formas de viver e sobreviver com dignidade e humanidade com o auxílio de recursos para a subsistência material e afetiva, uma vez que, como seres humanos, somos dependentes das relações que estabelecemos. Chama atenção para o impacto das mudanças atuais nos princípios que norteiam as relações entre sujeitos de uma mesma sociedade e que valorizam os sentimentos de respeito e solidariedade.

### PALAVRAS-CHAVE

Relações interpessoais. Características humanas. Vulnerabilidade. Vulnerabilidade social.

### ABSTRACT

This article discusses the current historical moment and the vulnerability processes to which we are exposed. It deals with the information and knowledge world, as well as with the permanent search for ways to live and survive with dignity and humanity, with the help of material and affective sustenance resources, once we, as human beings, depend on the relationships we establish. It turns the spotlight on the impact of current changes concerning the principles that guide the relationships among the subjects in a given society and that attribute value to feelings of respect and solidarity.

### KEY WORDS

Interpersonal relations. Human characteristics. Vulnerability. Social vulnerability.

Vivemos uma época de extremos. Talvez nada anteriormente vivido pela humanidade possa ser comparado a esse momento histórico. Costumamos dizer que estamos no “olho do furacão”; contudo, para o bem ou para o mal, este é o nosso momento.

O processo de globalização e os seus impactos, amplamente discutidos, não chegam a um denominador comum: afinal, a globalização é positiva ou negativa? Há quem ataque e quem defenda. Mas a verdade é que ela está aí e, com ela, ocorre o avanço das novas tecnologias, o avanço da ciência e da medicina, o avanço do armamento, da possibilidade de uma guerra biológica, dos ataques terroristas.

Para alguns autores, a globalização traz “uma economia da incerteza” e também “um conjunto de regras para pôr fim a todas as regras e para garantir a prevalência dos poderes econômicos extraterritoriais sobre as autoridades políticas locais” (BAUMAN apud NOGUEIRA, 2004, p. 95). Como conseqüência, a palavra incerteza – a qual, mais do que nunca, tem tomado uma dimensão impensável – é a única certeza possível nos dias de hoje, e essa certeza incerta coloca a todos nós, sujeitos dessa

sociedade contemporânea, em uma posição comum e com um sentimento comum: estamos e somos vulneráveis.

Vulneráveis a quê? A quem? A tudo e a nada. Com quem contar? Quem é o amigo e quem é o inimigo? Há uma falta ou ausência de referência até mesmo para identificar qual é a nossa vulnerabilidade. Nós nos armamos e (des)amamos. Conferimos a nós e aos outros sentidos diversos, pois o sentido da existência passa a ser conferido pelo significado das relações que estabelecemos e cultivamos sentimentos de esperança ou de desamparo. Isso nos faz afirmar que somos seres de relações, ou seja, construímos nosso ser a partir das relações que estabelecemos.

A concepção humana de estar com o outro significa que somos movidos ao relacionamento com o mundo que nos rodeia, o qual constrói eventos absolutamente diferenciados e antagônicos, como o Fórum Social Mundial e os ataques terroristas de 11 de setembro e 11 de março; as práticas terroristas em São Paulo e as “ações ecológicas e ambientalistas, da proliferação das associações e movimentos anti-globalização, do rápido crescimento da cibermilitância” (NOGUEIRA, 2004, p. 78).

Enfim, este é o mundo da diversidade.

*Neste mesmo momento histórico evidenciam-se as tecnologias que fomentam o isolamento, a cultura do espetáculo, do corpo, a ausência do outro, a priorização do indivíduo, o auto-centramento: “O sujeito vive permanentemente em um registro especular, em que o que lhe interessa é o engrandecimento grotesco da própria imagem. O outro lhe serve apenas como instrumento para o incremento da auto-imagem”. (BIRMAN apud BELLINI, 2002, p. 33)*

Este é o mundo da informação e do conhecimento, onde buscamos formas de viver e sobreviver com dignidade e humanidade, assim como recursos de que necessitamos não só para a subsistência material, mas também afetiva, já que somos dependentes das relações que estabelecemos. Nesse sentido, a “auto-exaltação das individualidades choca-se frontalmente com os princípios [...]” (BELLINI; SILVA, 2004, p. 33), princípios esses que norteiam as relações entre sujeitos de uma mesma sociedade e que valorizam os sentimentos de respeito e solidariedade.

À medida que estabelecemos relações, nós as instauramos como estratégia de realização pessoal e, de acordo com as nossas necessidades, construímos uma rede de relações que sirva de suporte e de apoio para nossas convicções, nossos projetos, nossas realizações. Nesse mundo relacional, as relações que estabelecemos podem constituir-se ou não em uma rede social de

apoio, já que vivenciamos significativos processos de construção social, demarcados por perdas e ganhos afetivos, culturais, econômicos, políticos e solidários.

Todo esse processo humano social coloca o ser humano frente a sua condição de vulnerabilidade, a qual se constitui em uma condição de ser e de estar. Ela é concreta, vivencial, relacional, manifestando-se como experiência de vida. Portanto, “[...] os fatores de risco estão diretamente relacionados a problemas estruturais subjetivos e objetivos [...]. São eles: a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, iniquidade de gênero [...]” (OLIVEIRA; WEINSTEIN, 2004, p. 22).

A literatura demonstra que o conceito de vulnerabilidade tem origem na área dos direitos humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir de trabalhos realizados sobre a AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard. E, ainda que muitos sejam os avanços no Brasil, a desigualdade social continua crescente, os processos de exclusão estão mais sofisticados e os desníveis cristalizam-se em oposição aos avanços nas diferentes áreas. Por essa razão, os processos de vulnerabilidade acentuam-se sensivelmente e espalham-se pela sociedade. A vulnerabilidade pode ser entendida como:

*A condição desfavorável dada. É a condição objetiva da situação de exclusão e que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. O que identifica são os processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação,*

*desvantagem e exclusão social, econômica e cultural. (BRASIL, 2004)*

A partir dessa constatação, criam-se outras indagações que dizem respeito à capacidade do sistema atual de identificar que processos são esses, que situações e condições potencializam vulnerabilidades, enfim, qual é a capacidade desse sistema:

*De manter a paz social num mundo de constantes impasses e ambivalências. Mundo em que o pluralismo é desejado e temido, onde há embates entre a preservação da unidade, a valorização do indivíduo e do privado em oposição à diversidade, ao público. A par da interdependência, há a agregação e a desagregação, antagonismos e associações, tudo gerando o mesmo momento histórico. (BELLINI, 2002, p. 36)*

A afirmação de Tavares dos Santos (2002, p. 126) reforça que: “Estão ocorrendo mudanças em instituições sociais como a família, a escola, processos de socialização, fábricas, religiões e sistemas de justiça criminal (polícia, tribunais, hospitais para doentes mentais, judiciário, prisões) porque estamos passando por um processo de crise e desinstitucionalização”.

Os processos de crise deixam-nos em situações de vulnerabilidade, as quais podem ser avaliadas, segundo Seffner (1998), por uma série de circunstâncias ordenadas em três fatores: os fatores que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento da pessoa a

partir de determinado grau de consciência que ele manifesta; os fatores que dizem respeito às ações comandadas pelo poder público, pela iniciativa privada e pela sociedade civil, no sentido de diminuir as chances de ocorrência do agravo; os fatores sociais que abrangem a estrutura disponível de acesso a informações, liberdade de expressão, serviços e bens, etc.

Considerando esses fatores, é possível afirmar que a vulnerabilidade aumenta quando a pessoa não está preocupada ou suficientemente motivada com relação aos perigos que permeiam os seus processos de fragilização social, ou quando ela carece de habilidade, acesso aos serviços necessários, suprimentos, poder ou confiança para implementar mudanças comportamentais, ou ainda quando ela não dispõe informações precisas e adequadas sobre as situações que aumentam seu risco social.

Deparamo-nos, então, com a necessidade de “reconfiguração da vida”. Essa expressão não apenas é carregada de significados, como também significa buscar sentidos. É preciso concordar com o princípio de que o humano constitui-se em categoria essencial dos processos sociais, já que a exclusão pode ser subjetiva, assim denominada por se tratar de um processo que é vivenciado no plano individual e, em muitos casos, não chega à dimensão intersubjetiva. Esse processo é vivido na solidão, na fragilidade das relações, na precariedade dos afetos.

Vivemos na sociedade do afeto ou do desafeto? Frente a tal indagação, entendemos que a rede de relações precisa ser

cuidada, instaurando uma maneira de resistir a uma realidade precária e caracterizada pela falta de cuidado. É preciso capitalizar<sup>1</sup> as nossas redes de relações e intervir em nossa prática profissional a partir da perspectiva do trabalho em redes<sup>2</sup> como uma estratégia de intervenção. Quando estabelecemos redes de relações, existe a perspectiva de construção de uma vida mais plena, pois “todos nós seres humanos somos e nos relacionamos através de redes” (CAPRA apud ALMEIDA NETO, 2004, p. 65).

Essa rede de relações fortalece nosso sentimento de pertencimento ou de “enraizamento”, que Iamamoto refere como um “direito humano esquecido: todo homem tem uma raiz de participação na coletividade, que conserva vivos os tesouros do passado e outros pertencentes ao futuro” (IAMAMOTO, 2004, p. 265). Sendo assim, “cada ser humano precisa de múltiplas raízes. Precisa receber quase que a totalidade de sua vida moral, intelectual e espiritual por intermédio dos meios ambientes de que faz parte” (WEIL apud IAMAMOTO, 2004, p. 265).

Como profissionais, trabalhamos na perspectiva da rede considerada como estratégia metodológica que tem como objetivo reconstruir o pertencimento social do sujeito. Antes de tudo, é preciso saber “pensar a rede”, o que significa compreender nossa constituição social a partir das relações. Assim, atuar no contexto das vulnerabilidades e risco social pressupõe

uma questão de competências e de entendimento da constituição social do ser humano na nossa sociedade. Temos a impressão de que sempre estamos no impasse da transição de paradigmas que expliquem o pertencimento do sujeito ao mundo social.

Trazemos conosco todos os possíveis resquícios de uma formação fomentada por valores e princípios morais que ditam padrões de normalidade de acordo com os pressupostos de uma sociedade em progresso e em harmonia. Nesse percurso, porém, o humano foi esquecido, ficou em segundo plano. Hoje, ele precisa aparecer, precisa tornar-se alguém, tornar-se sujeito; se não conseguir, tornar-se-á vítima de uma morte social e física com crueldades desastrosas.

Se tanto se fala em concepções de redes, em trabalhos realizados através delas, ou mesmo em redes que não funcionam, é porque esta passa a ser uma resposta à melhoria do humano em todas as suas relações: afetivas, profissionais e pessoais. Segundo Almeida Neto, “em face da necessidade de as pessoas e as organizações se readaptarem rapidamente às demandas externas, ao entorno, a rede é a fluidez que lhes garante um maior poder interventivo nas relações sociais que estabelecem” (ALMEIDA NETO, 2004, p. 71).

Falar sobre rede de relações é partir da premissa de que a vida é um direito incondicional de todos. Potencializá-las é construir fundamentos para que a vida

<sup>1</sup>Capitalizar aqui é utilizado no sentido dado por Faleiros (1997).

<sup>2</sup>A rede social de apoio pauta-se na construção do sentimento de pertencimento social. Ela sempre deve existir em função do humano para que este possa usufruir seus benefícios.

tenha a sua continuidade, mesmo que ameaçada sob todos os aspectos de vulnerabilidade e de risco social. Quando tentamos identificar teias e redes sociais que promovam a vida, é importante ter presente a concepção de que elas devem ser resgatadas em um confronto direto entre o humano e o real vivido no seu cotidiano.

O sentido dessa concepção pauta-se na historicidade humana, em que o humano é tomado como tema para reflexão. É o humano com responsabilidade para com o outro compreende uma conotação coletiva; é o humano com direito à liberdade, o que não significa tolher a liberdade, e sim considerá-lo na sua condição de sujeito capaz da construção e da projeção de sua existência social.

Relacionamo-nos pela afetividade e, por sentir necessidade dela, nós a projetamos para as redes de relações. Sem dúvida, o afeto compromete porque nos coloca frente a situações em que precisamos saber conviver com o outro. No contexto social, cultural e político em que somamos as nossas teias de relações, na perspectiva de construção de redes sociais, expressa-se um mundo relacional. Assim, construímos a nossa rede e, na construção ou na efetivação dela, seja rede primária ou secundária, existem elementos significativamente importantes que precisam ser considerados, sem os quais não haveria possibilidade de existência.

As redes de relações, mais do que nunca, auxiliam no enfrentamento da crise do momento atual, que passa a ser determinante às nossas competências relacionais.

As exigências do mundo contemporâneo convocam-nos cada vez mais a sairmos de nós mesmos e nos lançarmos ao mundo sem que, muitas vezes, tenhamos conhecimento de para onde estamos indo. Lançamo-nos para fora de nós mesmos e, com frequência, não sabemos nem mesmo o endereço de retorno para a nossa casa – que é o eu subjetivo e pessoal. Constituímos-nos tanto por elementos como o medo, as frustrações, a insegurança quanto por elementos como o amor, o respeito e por outros que participam de nosso crescimento e desenvolvimento. Falamos sobre violência e medo, mas também falamos sobre estratégias de construção da paz e ensinamos competências relacionais.

Impactados pelas transformações sociais inicialmente apontadas, conclui-se que ou priorizamos as redes de relações, ou nos desperdiçaremos em pequenas e inglórias lutas. Ou (re)discutimos o humano na sociedade, as formas de viver essa humanidade em que o coletivo, o subjetivo e a alteridade sejam privilegiados, ou nos tornaremos cada vez mais pobres na concepção e no sentido de sermos nós mesmos. Seremos paralisados e invadidos pela incerteza, algo semelhante ao que Nogueira (2004, p. 96) refere como esterilizar “o poder de decisão individual, grupal e coletivo, incentivando a descrença na possibilidade de se chegar a estilos alternativos de vida”. E, então, frente ao sentimento de impossibilidade, mais nos colocaremos em situação de vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA NETO, H. Rede dinâmica: a metáfora do caos. In: DESAULNIERS, J. (Org.). **Responsabilidade social e universidade**. Canoas, Porto Alegre: ULBRA, EDIPUCRS, 2004.
- BELLINI, M.Y.B. **Arqueologia da violência familiar**. Porto Alegre, 2002. 223p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- BELLINI, M.I.; SILVA, S.M. **Entrelaçamentos constituintes da rede em saúde: serviço social, pesquisa e formação profissional no mundo contemporâneo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.
- IAMAMOTO, M. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, M. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.
- KERN, F. **As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- NOGUEIRA, M.A. **Um Estado para a sociedade civil**. São Paulo: Cortez, 2004.
- OLIVEIRA, S.; WEINSTEIN, C. AIDS: duas décadas: epidemia pandemia vulnerabilidade social: o que vem depois? In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção do HIV/AIDS para profissionais de saúde mental**. Brasília, 2004.
- SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório**. Canoas: Stmatos, 1998.
- TAVARES DOS SANTOS, J.V. The worldization of violence and injustice. **Current Sociology**, v. 50, n. 1, p. 123-134, jan. 2002.

# ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES DO COMITÊ MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO

## THE ORGANIZATION OF BASIC ATTENTION CHAIN: THE CONTRIBUTIONS OF THE HUMANIZATIONS MUNICIPAL COMMITTEE

### **Estela Regina Garlet**

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### **Letícia de Lima Trindade**

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGENF da UFRGS.

### **Irineo Mariotto**

Médico. Coordenador do Comitê Municipal de Humanização Pinhal Grande (RS).

### **Brígida Brondani Borges**

Enfermeira. Membro do Comitê Municipal de Humanização Pinhal Grande (RS).

### **Vera Barbieri**

Enfermeira. Membro do Comitê Municipal de Humanização Pinhal Grande (RS).

### **Denise De David**

Membro do Comitê Municipal de Humanização de Pinhal Grande (RS).

### **Joselene Burin**

Membro do Comitê Municipal de Humanização de Pinhal Grande (RS).

### **RESUMO**

O estudo tem por objetivo discutir alguns aspectos sobre a organização dos serviços de saúde no município de Pinhal Grande (RS), tendo a humanização da assistência e a articulação da rede de serviços como eixos norteadores. Constitui-se de uma análise crítica reflexiva, a qual busca pensar a partir da leitura de textos sobre o assunto e das discussões no Comitê Municipal de Humanização desse município. Através deles, foi possível identificar a importância das discussões acerca da humanização da assistência junto aos profissionais de saúde a fim de diminuir o distanciamento existente entre os serviços de saúde e seus usuários. Tal distanciamento deve-se, em grande parte, a questões decorrentes da formação desses profissionais. Além disso, foi possível evidenciar a importância do comitê como estratégia de integração entre os serviços de saúde do município.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Políticas públicas de saúde. Assistência integral à saúde. Organização municipal.

### **ABSTRACT**

This work had as an objective to discuss some aspects about the organization of the health services in the city of Pinhal Grande (RS), having the humanization of the assistance and the articulation of the service net as guidelines. The study comprises a critical reflexive analysis and seeks, based on the reading of texts and on the Municipal Humanization Committee discussions, to think about the subject. Through these it was possible to identify the importance of the discussion about the humanization of the assistance with health professionals with a goal to reduce the distance between the health services and their users. Additionally, it was also possible to conclude that this distance is largely due to matters regarding the education of these professionals. It was also possible to visualize the importance of the committee as an integration strategy between the municipal health services.

### **KEY WORDS**

Humanization of assistance. Public Health policy. Comprehensive health care. Municipal organization.

## INTRODUÇÃO

Esta análise crítica reflexiva foi construída a partir das discussões realizadas junto ao Comitê Municipal de Humanização do município de Pinhal Grande e subsidiada por leituras referentes ao processo de trabalho em saúde e à humanização da assistência.

Com base nessas discussões e no referencial bibliográfico utilizado, foi possível contextualizar a humanização como importante estratégia de articulação da rede de assistência, além de verificar a necessidade da formulação de ações que integrem os serviços de saúde do município. Nesse contexto, destaca-se a relevância de uma reflexão acerca da organização dos serviços de saúde, bem como da articulação dos diferentes serviços que integram a rede de assistência à saúde do município de Pinhal Grande a partir da implantação do Comitê Municipal de Humanização.

Primeiramente, percebe-se que a organização da produção do cuidado é tão importante quanto a sua própria execução, tornando-se determinante para que se possa vislumbrar a origem de questões “desumanizadoras” (DESLANDES, 2005) e de assistência de baixa resolutividade.

Partindo-se desses dados, buscou-se neste trabalho aproximar o leitor da realidade de saúde vivenciada pelo município de Pinhal Grande (RS) para que, posteriormente, possam ser discutidas tanto as questões referentes à humanização no âmbito das práticas de saúde quanto as questões referentes à organização dos serviços.

Convém ressaltar que as ações do Comitê Municipal de Humanização estão pautadas no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o qual “propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições” (BRASIL, 2000, p. 1). Posteriormente, o programa veio a constituir a Política Nacional de Humanização (PNH), que prevê a criação dos Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Humanização, que têm uma abrangência em todos os níveis de atenção oferecidos pela saúde. O programa ainda oferece subsídios para melhorar a assistência e aponta necessidades essenciais a qualquer serviço de saúde. Além disso, o PNHAH propõe um conjunto de ações

integradas que objetivam mudar o padrão da assistência ao usuário nos hospitais públicos no Brasil, buscando alcançar eficácia e qualidade para os serviços prestados pelas instituições (MARTINS, 2003), o que é de extrema importância para a população.

No Rio Grande do Sul, a Política de Humanização de Assistência à Saúde (PHAS), da Secretaria Estadual da Saúde, em consonância com as diretrizes da PNH, propõe a superação de práticas profissionais que tratam de corpos ou de conjuntos de sintomas que colocam em segundo plano a subjetividade dos usuários, com a intenção de articular as práticas na área da saúde, impondo como característica fundamental a humanização dessas práticas em todas as instâncias (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

A PHAS propõe uma nova relação entre os atores envolvidos nos serviços de saúde, impondo “o aprofundamento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais responsabilizando-os e envolvendo-os com o usuário de forma mais ampla e respeitosa; o acolhimento e a criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação – trabalhador e usuário; a 'pré-ocupação' do trabalhador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do usuário” (BELLINI, 2004).

## **O CENÁRIO E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: AS ORIGENS DO COMITÊ DE HUMANIZAÇÃO MUNICIPAL**

O município de Pinhal Grande foi criado pela Lei nº 9.600, de 20 de março de 1992, e teve sua primeira administração municipal a partir de janeiro de 1993 (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Possui uma área de 474,80 Km e localiza-se na região do planalto médio. Integra a quarta colônia de imigração italiana e hoje é composto por descendentes de italianos, portugueses e espanhóis. Historicamente, a economia de Pinhal Grande esteve relacionada à agricultura e à pecuária; o setor industrial, que está sendo instalado no município, abrange as fábricas de esquadrias, móveis, laticínios e vinhos. A mata nativa, em especial a mata de pinhais, deu nome a Pinhal Grande, que tem cerca de 5.030 habitantes.

Em 1998, com o Sistema Único de Saúde (SUS) veio a municipalização da saúde e a formação do Conselho Municipal de Saúde que, desde então, tem trabalhado as questões de saúde em parceria com o gestor municipal. Ao longo dessa caminhada, o município tem encontrado dificuldades, sendo uma delas a sua localização geográfica, que não é favorável do ponto de vista da regionalização, a qual prevê a implantação de Centros de Referência Regionais de Saúde.

A partir dessas dificuldades, passou-se a desenvolver uma estrutura de assistência para baixa complexidade a fim de organizar os serviços na atenção básica. Foram implantadas duas equipes de Saúde da Família que respondem por uma cobertura de 98% do município e que realizam o atendimento curativo e preventivo em nível de atenção básica. Além da equipe mínima,

composta por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, elas contam com o profissional odontólogo, que realiza as atividades de saúde bucal.

Também se encontra instalado, desde 1970, um hospital filantrópico que presta serviço ao município para a média complexidade e atendimentos de plantões para urgência e emergência. Esse prestador atende a população através de convênios privados, sendo credenciado ao SUS apenas para internações. A entidade está credenciada ao PNAHA e conta com um grupo de humanização do parto e do nascimento.

Para a organização desses serviços, teve essencial relevância a criação do Comitê Municipal de Humanização (CMH), que tem desenvolvido e sugerido estratégias de organização do trabalho junto ao gestor de saúde municipal. A integração entre gestor, conselho municipal de saúde, prestadores de serviços e comitê de humanização tem desencadeado a criação de projetos em parceria para a organização da rede municipal de assistência, além da ampliação do olhar para o trabalhador de saúde.

O CMH de Pinhal Grande foi criado em junho de 2005, tendo como integrantes dois representantes da rede básica, dois representantes do conselho municipal de saúde, dois representantes dos prestadores de serviço e dois representantes da secretaria municipal de saúde. A partir de então, iniciou-se um trabalho em busca de atendimento mais humanizado, tomando como base a Política Nacional de Humanização, bem como a criação dos Comitês Estaduais

e Regionais de humanização à assistência. O primeiro passo foi a elaboração do regimento interno que passou a conduzir os trabalhos propostos pelo CMH.

Após a sua formação, foram criados três grupos de trabalho que fazem frente ao resgate da humanização da assistência à saúde em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde, desenvolvendo ações junto a sua equipe. Dois desses grupos localizaram-se nas Unidades de Saúde da Família e o outro no Prestador de Assistência Hospitalar local.

Desde então, o CMH tem-se reunido mensalmente para planejar ações referentes à humanização da assistência prestada pela rede de saúde municipal. Para isso, estão sendo realizados encontros periódicos com os profissionais que atuam diretamente junto ao usuário para que seja possível despertar no profissional o compromisso com a produção de saúde e o desenvolvimento de ações mais humanizadas de prestação do cuidado. Outro importante enfoque do CMH é a organização dos serviços prestados aos usuários do SUS através de sugestões e discussões com o gestor e o conselho de saúde municipal.

A partir de discussões e questionamentos nos grupos de trabalho, foi destacada a necessidade de um trabalho mais intenso quanto às relações interpessoais, ao acolhimento e ao vínculo nos serviços. Com isso, procedeu-se à elaboração de um plano operativo com vistas à melhoria do relacionamento entre gestor, profissionais e usuários, estabelecendo, assim, uma integração dos serviços de saúde que

realizam a assistência à população. O plano operativo também prevê a organização de fóruns de discussão com a participação de profissionais, usuários e prestadores a fim de diminuir o distanciamento e oportunizar discussões como estratégia da organização dos serviços de saúde municipais.

## **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

As reflexões sobre a humanização da assistência em saúde mostram-se relevantes no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros, demanda uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (DESLANDES, 2005).

Na tentativa de conceituar a humanização, alguns autores (CASATE; CORRÊA, 2005; DESLANDES, 2005) descrevem que, desde o fim da década de 1950, surgem significações para o atendimento humanizado, relacionadas nessa época a uma perspectiva caritativa e de doação ao próximo. A partir dos anos 1990, o núcleo do conceito de humanização passou a ser a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Referindo-se ao usuário como sujeito, Casate e Corrêa (2005, p. 5) afirmam:

*Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.*

Dessa forma, o estabelecimento de vínculos com o usuário e o modo como o acolhimento é realizado pela equipe de saúde são importantes ferramentas para a humanização da assistência em saúde. Para o usuário, tão importante quanto a garantia do acesso ao serviço é a maneira como este é recebido, assim como os vínculos que serão formados entre ele e os profissionais responsáveis pela atenção.

A humanização de assistência está fragilizada pela falta de consciência de direitos à saúde por parte de usuários e profissionais, situação perante a qual a população apresenta-se resignada e submissa. Junte-se a isso a concepção de alguns profissionais para os quais o usuário deve sentir-se eternamente agradecido pelo favor que lhe foi prestado (SCHIMITH, 2002).

Casate e Corrêa (2005) relacionam a humanização à possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, aí residindo a intenção de humanizar o fazer saúde. Muitos ainda questionam o verdadeiro significado da humanização, pois, segundo eles, pelo senso comum parece incoerente humanizar uma relação essencialmente humana, tal como é a produção do

cuidado de saúde (DESLANDES, 2005).

Buscar meios efetivos para humanizar a prática em saúde implica uma aproximação crítica, que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo basicamente as dimensões políticas e filosóficas que lhes imprimem sentido. Assim sendo, para se alcançar uma atenção humanizada, primeiro é preciso entender e resgatar-se a si mesmo como ser humano, entendendo seus direitos e deveres, para depois desenvolver a capacidade de empatia, através da qual o profissional é capaz de ampliar seu olhar em relação ao outro.

Em todas as décadas, muitos aspectos relacionados às falhas no atendimento e às condições de trabalho – foram considerados “desumanizantes”, o que tem perpetuado, com raras exceções, a baixa qualidade no atendimento em saúde. Entre elas, podemos citar as condições indignas de trabalho que levam a falhas, estresse, sentimento de desvalorização, falta de responsabilização, de acolhimento e de criação de vínculos com o usuário. Também concorrem para tal contexto a racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, fatores que impedem o trabalhador de desenvolver sua capacidade crítica, dando ênfase à realização de tarefas fragmentadas e perdendo de vista o paciente em sua totalidade.

Outro aspecto considerado freqüente causa de “desumanização” é o uso excessivo da tecnologia como substitutivo da relação profissional-usuário. Ele é mais comum no trabalho hospitalar, sendo desvalorizadas a

comunicação e a empatia entre ambos. A dimensão humana e subjetiva está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tendo influência na eficácia dos serviços prestados (MARTINS, 2001). Nesse sentido, várias pesquisas apontam que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema de saúde pública brasileiro.

Quanto à qualidade, Vaitsman e Andrade (2005) relatam que, aos poucos, as organizações passaram a valorizar a opinião do usuário dos serviços tanto públicos quanto privados, o que contribuiu significativamente para focalizar as distintas dimensões que envolvem o cuidado humano e a humanização desse cuidado. Segundo os autores, existem algumas diferenças quando se avaliam serviços públicos e privados. No setor público, o usuário coloca-se ora como consumidor que avalia os serviços, do ponto de vista de seus ganhos individuais, ora como cidadão que avalia os serviços ao levar em conta a sociedade como um todo.

A existência de uma referência positiva à implantação de instrumentos de avaliação nos setores de saúde tem contribuído para o aumento da qualidade e da humanização da assistência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Esses instrumentos têm proporcionado às equipes a possibilidade de perceber o serviço sob a perspectiva do usuário, e o CHM tem despertado os profissionais para as discussões sobre a assistência oferecida, aproximando-os da realidade vivenciada pelo usuário em consonância com o gestor municipal. Essa oportunidade tem fortalecido uma relação de responsabilização por

parte dos profissionais que, através de um olhar mais humanizado, tem aproximado o cuidado à saúde da realidade vivenciada por esse usuário.

A possibilidade de incorporar a percepção de não-especialistas, ou seja, o usuário, na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade tornou-se um recurso essencial não só para promover a melhoria da qualidade, como também para produzir a adesão do paciente ao tratamento (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Assim, o CHM tem proposto estratégias de articulação dos serviços de saúde, tendo como objetivo a humanização da assistência prestada a esse usuário, o qual participa mais ativamente da produção do trabalho em saúde por meio de fóruns de discussão como o CMS e o CHM.

É possível concluir que a humanização da assistência é um fator relevante no que tange à qualidade da atenção, apresentando como pontos-chave o acolhimento e a formação de vínculos através dos quais se pode conhecer o usuário e tornar-se conhecido por ele, conquistando, assim, sua confiança e sua respeitabilidade. Nesse sentido, estão sendo planejadas as ações do CHM, com vistas a aproximar profissionais, gestores e usuários, adotando-se como base norteadora as estratégias de humanização da assistência do município.

Por fim, entendemos que o grande desafio para conquistarmos uma efetiva humanização da assistência reside na possibilidade de mudarmos a maneira como o profissional relaciona-se com seu objeto de trabalho, ou seja, a vida e os sofrimentos dos usuários. Sem isso, de nada adiantam os

investimentos econômicos e organizacionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do CMH pode contribuir positivamente para a humanização das ações oferecidas aos usuários dos serviços de saúde. Percebe-se a grande influência dos planos operativos implantados pelo comitê na produção da saúde, oportunizando fóruns de discussão entre profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços. Esses fóruns podem colaborar significativamente para a análise da realidade local, bem como para o aumento da qualidade dos serviços oferecidos, através da participação conjunta de todos os envolvidos no processo de produção de saúde. Outro importante aspecto observado após a implantação do CMH foi a organização da rede de serviços de saúde municipais e prestadores de serviços, devido a maior aproximação e discussão conjunta das ações.

Após 18 meses de implantação do CMH, ocorreram consideráveis mudanças no cenário de saúde municipal de Pinhal Grande, as quais se podem constatar através das ações desenvolvidas no período, registradas nas atas do comitê. Este realiza um relevante trabalho de articulação dos serviços de saúde, oferecendo momentos de discussão e troca de informações entre os serviços, nos quais o usuário aparece como centro de qualquer ação ou discussão realizada. Em um curto período, esse fato pode demonstrar a importância da humanização da assistência para o planejamento, a

gestão, a regulação e o controle do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH)**. Brasília, 2000. 170p.
- BELLINI, M.I.B. Humanização: opção ou condição de sobrevivência na sociedade contemporânea. **Boletim de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 65-70, 2004.
- CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.
- DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.
- MARTINS, M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- \_\_\_\_\_. Humanização da assistência e formação profissional de saúde. In: **Psychiatry on Line Brasil**, 2003. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503>>. Acesso em: 19 ago. 2005.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS)**. Porto Alegre, 2000. 98p.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 9.600, de 20 de março de 1992. Determina a criação do município de Pinhal Grande-RS. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 20 mar. 1992, v. 24, n. 4.673.
- SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

# REDE DE GESTÃO EM VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA ESTRATÉGIA PARA AÇÕES EM SAÚDE

## MANAGEMENT NET IN ALIMENTARY AND NUTRITIONAL MONITORING: A STRATEGY FOR ACTION IN HEALTH

**Francisca Maria Assmann Wichmann**

Mestre em Desenvolvimento Regional.

Doutoranda em Desenvolvimento Regional pela UNISC.

Nutricionista Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição da 13ª CRS.

Docente do Curso de Nutrição da UNISC.

E-mail: francisca-wichmann@saude.rs.gov.br

**Luciano Lepper**

Mestrando em Desenvolvimento Regional pela UNISC.

Farmacêutico.

Nutricionista da Prefeitura Municipal de Vale do Sol.

E-mail: lepper@prefeituravalesol.rs.gov.br

### RESUMO

Os municípios que compõem a 13ª CRS estão empenhados em conhecer a realidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a inserção de suas ações de uma forma intersetorial, com o objetivo de aprimorar o atendimento prestado à comunidade. Para melhorar efetivamente as ações propostas entre os municípios, no início do ano de 2005 foi formulado um Plano de Gestão em Rede com o intuito de dar continuidade ao trabalho multidisciplinar em âmbito municipal, descrevendo as ações a serem utilizadas na busca da melhoria das condições de saúde e nutrição da população. Realizou-se, nesse período, um diagnóstico associado a uma ação para que a intervenção fosse promotora da saúde. Sabe-se que hábitos inadequados adquiridos pelos indivíduos ocasionam o surgimento de inúmeras patologias. De acordo com as necessidades observadas pelos profissionais da área da saúde em diminuir os índices de doenças, procurou-se levar à população maiores informações sobre o tema alimentação saudável e sua importância no controle de tais patologias. A saúde é um direito de todos; portanto, a prevenção é o melhor caminho, o qual se encontra fundamentado em um processo de conscientização através de educação continuada.

### PALAVRAS-CHAVE

Ações integradas de saúde. Vigilância nutricional. Educação em saúde. Hábitos alimentares.

### ABSTRACT

The cities that make up the 13th CRS aim to learn about the reality of the Unified Health System (SUS) users, as well as the insertion of their efforts across sectors, with the objective to improve the care provided to the community. To effectively improve the actions proposed among the cities, in the beginning of the year 2005, a Net Management Plan was formulated to give continuity to the multidisciplinary work at a municipal level describing the actions to be taken in the pursuit of the improvement of health and nutritional conditions of the population. In this period, a diagnosis was made associated with an action so that the intervention could promote health. One knows that inadequate habits acquired by the individuals cause the appearance of innumerable pathologies. In accordance with the need for reducing disease rates, as observed by health professionals, we sought to provide the population with further information on the subject of healthy nutrition and its importance in the control of such pathologies. Health is a universal right; therefore, prevention is the best way and this is based on a process of awareness through continued education.

### KEY WORDS

Intersectorial action. Nutritional surveillance. Health education. Food habits.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e publicada pela Portaria nº 710, de 10/06/1999, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), trata, na diretriz nº três, sobre a necessidade de ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com vistas a agilizar os seus procedimentos e estendê-los a todo o território brasileiro.

A 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS) pertence à 6ª Microrregião dos Vales, situada no município de Santa Cruz do Sul (RS), abrangendo atualmente 13 municípios da região. O município de Santa Cruz do Sul, segundo Correa (2003), corresponde à parte central da região e concentra a maioria da população regional, apresentando os maiores índices demográficos, caracterizando-se como maior ponto de destino da migração regional e atraindo populações oriundas dos diversos municípios que buscam postos de trabalho, saúde e educação.

Os municípios são bastante heterogêneos, refletindo, de alguma forma, as desigualdades das condições de vida e saúde

da população. A pactuação descentralizada tem-se mostrado eficiente estratégia para a qualificação do desenho proposto, bem como para o fortalecimento da gestão descentralizada. Novas e criativas pactuações intergestores têm sido realizadas a partir das características e potencialidades de cada localidade, mostrando a capacidade da gestão descentralizada.

Cabe, no entanto, considerar que a articulação intersetorial só ocorre de fato quando decisões conjuntas são tomadas em função de um projeto integrado, no qual seja avaliado o modo como os recursos setoriais (de todo tipo) podem ser compartilhados e potencializados para o alcance de um objetivo comum.

Para que a intersetorialidade ocorra, é fundamental uma atitude ativa do Estado no sentido de coordenar e conduzir um processo de construção de acordos políticos entre os atores em torno de um projeto integrador, negociando ganhos de curto, médio e longo prazo. As lideranças setoriais tendem a aderir a esse projeto à medida que identifiquem ganhos políticos, mesmo que futuros, em detrimento de uma atuação mais isolada.

Nesse contexto, os coordenadores

municipais da Política de Alimentação e Nutrição da 13ª CRS elaboraram uma proposta de trabalho que enfatiza o planejamento como instrumento facilitador na garantia da qualidade da atenção prestada e humaniza cada vez mais a assistência aos usuários. O plano de gestão foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de cada município e na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Um projeto político que integre os diferentes interesses dará tanto direção aos processos de articulação e coordenação quanto consistência ao extenso percurso de negociação. A adesão dos atores depende da consistência política do projeto é da sua construção coletiva. Portanto, uma Política de Vigilância Alimentar e Nutricional será mais efetivamente implementada conforme seja construída de maneira pactuada e consiga ajustar as diferentes lógicas setoriais em torno de um objetivo mais amplo de longo prazo.

A coordenação e a articulação intersectorial contribuem também para potencializar os recursos existentes, evitando superposição de ações, possibilitando uma alocação mais eficiente e um maior impacto sobre a condição de vulnerabilidade dos grupos-alvo. Para atingir os objetivos propostos no plano de ação, definiu-se a saúde da criança, da mulher e do idoso como prioridades a serem trabalhadas durante o ano de 2005.

Portanto, a adoção de um sistema de vigilância nutricional pela gestão municipal não significa aprender técnicas alheias ao cotidiano dos serviços e desvinculadas da

realidade local. As experiências demonstram claramente a contribuição do sistema para a identificação precoce de problemas e para a adoção de medidas adequadas em situações de crise ou emergenciais com ganhos para a qualidade do atendimento oferecido às populações.

Convém ressaltar que o município foi responsável pela implantação de um conjunto de sistemas de informação, cuja atribuição foi compor uma base de dados que deve incorporar inquéritos populacionais na ótica da *pesquisa-ação* para o dimensionamento, a qualificação e a localização geográfica dos problemas nutricionais no seu território, intervindo simultaneamente e mantendo, assim, a articulação entre a dimensão coletiva e individual do SISVAN.

Esse esforço coletivo de reflexão acentua-se com o fortalecimento da Política de Alimentação e Nutrição no Brasil. E a 13ª CRS procura engajar-se nesse movimento, tentando conscientizar os gestores municipais, os profissionais de saúde, as universidades e a comunidade a partir das experiências e dos resultados, a fim de sensibilizá-los para a relevância da condição nutricional da população brasileira e para a qualidade dos serviços prestados.

## OBJETIVO GERAL

- Implementação da Política de Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica à saúde nos diferentes ciclos de vida, visando a um atendimento mais integral e mais humanizado.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promoção e integração entre as Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social.
- Sensibilização dos gestores municipais e demais colaboradores que atuam direta ou indiretamente nas ações de saúde.
- Integração contínua com as organizações não-governamentais (ONG's).
- Capacitação dos atores envolvidos nas ações de saúde e vigilância alimentar e nutricional.
- Mapeamento do risco nutricional nos municípios.
- Realização de ações de intervenção nutricional nas populações identificadas com risco nutricional.
- Divulgação das ações em vigilância alimentar e nutricional nos municípios.
- Identificação, a partir do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência abdominal, do risco cardiovascular dos diabéticos e hipertensos nos grupos de apoio.
- Planejamento de ações de intervenção e avaliação das intervenções nos grupos acompanhados.
- Implantação de ações de vigilância alimentar e nutricional nos alunos da rede municipal de educação infantil e ensino fundamental.
- Incentivo do aleitamento materno exclusivo, intensificando o conhecimento das gestantes quanto aos benefícios dessa prática.

- Elevação do padrão alimentar da população, acompanhado pelo PSF e PACS.
- Identificação e monitoramento no município das taxas de infecção respiratória aguda e do índice de diarreia, integrando o sistema de atenção básica (SIAB).
- Monitoramento dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer.
- Integração das ações de vigilância alimentar e nutricional no Programa Saúde da Família.

## METODOLOGIA

O trabalho caracterizou-se pela intervenção comunitária na atenção básica, integrando levantamento e interpretação dos dados, planejamento das ações implementadas e análise do impacto no monitoramento das ações de vigilância alimentar e nutricional nos municípios de abrangência da 13ª CRS.

### Estratégias Desenvolvidas

- Reuniões bimestrais com o/a assistente social do município, o/a nutricionista da educação e o/a coordenador/a pedagógico/a da educação, estabelecendo critérios de acompanhamento e avaliação das ações efetuadas de maneira intersetorial.
- Reuniões semestrais com gestores e colaboradores para implementação das ações de monitoramento nutricional.

- Participação semestral em uma reunião do Conselho Municipal da Saúde e do Conselho da Merenda Escolar.
- Realização de capacitações periódicas com técnicos de saúde, agentes comunitários de saúde, colaboradores e ONG's, estabelecendo-se um cronograma semestral de capacitações.
- Implantação da vigilância alimentar e nutricional nas unidades de saúde e nas escolas.
- Integração das ações de vigilância em saúde com a assistência social, identificando-se os bolsões de pobreza para:
  - incentivar o aleitamento materno;
  - incentivar o cultivo de hortas comunitárias e domiciliares com o apoio da Associação Rio-grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS) e/ou da Secretaria de Agricultura;
  - garantir o acesso ao alimento da população em extrema vulnerabilidade nutricional e risco nutricional através de ações intersetoriais com a Secretaria da Assistência Social;
  - encaminhar as crianças ao Conselho Tutelar;
  - participar das atividades de educação em saúde e nutrição em escolas, PSF, PACS e ONG's.
- Mapeamento do diagnóstico nutricional, com identificação das áreas em risco do município, e seu posterior envio a gestores, unidades de saúde e conselhos.
- Realização da avaliação antropométrica nos grupos de diabéticos e hipertensos das unidades de saúde, utilizando como critério o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal.
- Realização de ações de intervenção nos grupos de risco nutricional e avaliação dos resultados finais.
- Integração das ações de incentivo ao aleitamento materno nos grupos de gestantes das unidades de saúde e no hospital de referência do município ao Programa Saúde da Família (elaboração de um cronograma das atividades previstas no semestre do incentivo ao aleitamento).
- Busca e soma das informações referentes a diarreia, baixo peso ao nascer e IRA no SIAB, SIM e SINASC.
- Acompanhamento e monitoramento dos recém-nascidos com baixo peso, identificando os fatores de risco desde o nascimento e o risco evolutivo com medidas de intervenção (elaboração de um plano de ação para a redução da mortalidade infantil no município).
- Investigação das causas da mortalidade infantil e mapeamento por área.
- Definição da implementação de ações de acompanhamento às famílias com crianças de risco. São considerados de risco os recém-nascidos que apresentem os seguintes fatores de risco isolados ou associados:

- a) Fatores isolados
- peso de nascimento igual ou inferior a 2.500g;
  - idade gestacional menor ou igual a 36 semanas;
  - parto domiciliar.
- b) Fatores associados
- idade materna inferior a 20 anos ou superior a 35;
  - mãe sem instrução ou com menos de 4 anos de estudo;
  - três (3) ou mais filhos vivos;
  - dois (2) ou mais filhos tidos mortos.
- c) Visita domiciliar das crianças em risco
- data da visita e cuidados/orientações;
  - higiene e estimulação do bebê;
  - aleitamento materno;
  - orientação à mãe para agendar consulta puerperal;
  - orientação à mãe para agendar consulta pediátrica;
  - vacinas.

### **Atores Envolvidos**

- Equipe do Programa Saúde da Família (agentes, enfermeiros, médicos, técnicos e nutricionistas).
- Técnicos de Saúde das Unidades de Saúde (enfermeiros, nutricionistas e técnicos de saúde).
- Professores, merendeiras e nutricionista da educação.
- ONG's que atuam no município.
- Assistente social e nutricionista.
- Conselho Tutelar.
- Conselho Municipal de Saúde.

- Conselho da Merenda Escolar.
- Gestores.

### **Locais Desenvolvidos**

- Unidades de Saúde.
- Escolas.
- Microáreas do PSF.
- Residências visitadas.
- Associações de bairros e localidades.

## **A PARTICIPAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E DO ATENDIMENTO**

A busca pela melhora da qualidade de vida da população e a maior oferta de ações para os diversos ciclos de vida inicialmente priorizados pelos municípios – a criança, a gestante, a nutriz e o idoso – em conjunto com a 13ª CRS possibilitaram aos municípios repensar a sua atitude de vigilância alimentar e nutricional. As diversas secretarias e os profissionais reestruturaram o atendimento à população, enfocando também a qualidade do serviço prestado.

De acordo com algumas necessidades manifestadas pelos profissionais da área da saúde em diminuir os índices de doenças crônicas não-transmissíveis, como a obesidade, a diabetes mellitus e a hipertensão, procurou-se levar à população maiores informações sobre alimentação saudável e a sua importância no controle de tais patologias.

A estratégia de participação do Serviço de Nutrição nas atividades do Programa de

Saúde da Família nas comunidades e escolas foi adotada para incentivar a população a consumir uma alimentação saudável. Nesse sentido, as equipes de saúde dos municípios trabalharam nas comunidades com grupos nas escolas.

Assim, houve a identificação das localidades em risco nutricional, por excesso de peso ou baixo peso, bem como das características nutricionais de crianças, gestantes, nutrízes, adultos diabéticos e hipertensos, idosos e beneficiários do Programa Bolsa Família. Este último realiza reuniões com as mães e os filhos para o exame antropométrico e a discussão de assuntos relativos à saúde, à alimentação e à higiene.

Os beneficiários do Programa Bolsa Família puderam contar, neste ano, com a integração das ações das Secretarias de Educação, Saúde e Assistência Social, que tiveram sua estrutura modificada e descentralizada. As reuniões integraram ações da Orientação de Assistência Sócio-Familiar (OASF), em que as famílias beneficiárias foram divididas em grupos por regiões, minimizando, assim, os gastos com deslocamento. Os critérios de divisão dos grupos foram por temas e profissionais, como higiene e cuidados com a criança, aproveitamento de alimentos, relacionamento familiar, jogos e brincadeiras de integração, entre outros.

Nos municípios, os grupos de reeducação alimentar têm suas atividades realizadas em locais predeterminados e neles são discutidas as dificuldades em relação à alimentação, à educação e à saúde alimentar.

Os membros recebem atendimento individual, quando solicitado, em casos de hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, triglicerídeos, colesterol, etc.

Para as gestantes, aperfeiçoou-se o grupo com a inclusão de diversos profissionais da saúde, como médico, dentista, psicóloga, enfermeira, nutricionista e assistente social. Os encontros mensais foram realizados seguindo-se o protocolo do SISPRÉNATAL do Ministério da Saúde. O Programa de Puericultura é voltado à assistência à criança, o qual consiste no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Trata-se de uma assistência individualizada, cuja prioridade é o bem-estar da criança em função das condições de vida de sua família e da sociedade em que está inserida.

O acompanhamento do desenvolvimento da criança e da nutriz deu-se através do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, seguindo as normas do SIAB de acompanhamento mensal da criança menor de dois anos. Também foram promovidas capacitações continuadas com os profissionais a fim de minimizar erros da medição e obter uma cobertura maior nesse ciclo de vida.

O projeto tem melhorado e ampliado cada vez mais o leque de acolhimento e apoio oferecido ao paciente com diabetes mellitus e aos seus familiares. Para isso, algumas propostas estão sendo implementadas, tais como: trabalho de esclarecimento aos clientes e participantes sobre a importância do acompanhamento odontológico e

oftalmológico periódicos, sendo estes realizados por uma odontóloga da rede pública de saúde; continuação da realização dos grupos para que sejam uma referência nesse horário e local para o atendimento e acolhimento aos pacientes com diabetes mellitus e seus familiares; maior adesão ao tratamento por parte dos pacientes e maior apoio dos familiares; desmistificação da patologia, mostrando que o paciente diabético pode e deve levar uma vida normal, sem se sentir impossibilitado pela patologia; conscientização dos pacientes e familiares sobre a importância da reeducação alimentar para o sucesso do tratamento e melhora na qualidade de vida não somente do paciente, mas de toda a família.

Os grupos de hipertensos conta com um encontro mensal, sendo este cada vez com um profissional diferente (médico, enfermeiro, nutricionista, etc.) para desenvolver atividades previamente solicitadas aos profissionais pelos grupos. A cada encontro, o objetivo era desenvolver a percepção e a participação do público-alvo no tema proposto, através de brincadeiras, palestras, leituras em grupo, lanches educativos, entre outros.

O trabalho desenvolvido nas escolas municipais e estaduais contou com palestras abordando a alimentação adequada, higiene bucal e pirâmide dos alimentos. Elaborou-se também um cardápio obedecendo às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Educação. Juntamente com a EMATER/RS, buscou-se incentivar a reativação das hortas escolares.

Os agentes comunitários realizam as

visitas domiciliares e o exame antropométrico em todo o grupo familiar, procurando auxiliar e elucidar todas as dúvidas. O PACS, no contexto da vigilância alimentar e nutricional, objetiva a melhoria da qualidade de vida da população. Cresce, assim, o interesse das pessoas que almejam fazer reeducação alimentar devido ao trabalho desenvolvido quanto à avaliação da Política de Alimentação e Nutrição a nível regional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, nas últimas décadas, uma preocupação tem sido constante: o estado nutricional da população. Esse quadro indica como causa principal uma compreensão e incorporação ainda insuficiente de parte da sociedade civil e dos governos sobre a vigilância alimentar e nutricional e sobre a sua adoção como estratégia para o desenvolvimento municipal, regional e estadual.

A região da 13ª CRS é marcada pela diversidade de hábitos e costumes – e pela desigualdade – social e econômica de seu povo. Com vistas a minimizar essas desigualdades, a Política Nacional de Alimentação determina que o SISVAN seja ampliado e aperfeiçoado, uma vez que este procura resgatar o direito à cidadania e direcionar hábitos e costumes arraigados na população a fim de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida. O objetivo máximo do SISVAN é a segurança alimentar e, consequentemente, o bem-estar nutricional da população brasileira, lançando um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do ciclo de vida.

Salienta-se que grande parte das situações de insegurança decorre das desigualdades sociais existentes, talvez o maior desafio nesse campo de atuação, e o papel da sociedade civil é fundamental no sentido de traçar proposições políticas consistentes, aliando-se principalmente aos gestores do segundo escalão de governo e técnicos. Esses segmentos, em geral, aderem mais facilmente a estratégias de articulação intersectorial, devido às dificuldades em termos institucionais e aos limites de recursos próprios que enfrentam em seu cotidiano de trabalho, sobretudo nos setores da área social. Alianças desse tipo são estratégicas para implementar projetos de caráter intersectorial.

O SISVAN vai além da simples coleta de informações, pois cabe a ele subsidiar programações locais e superiores, utilizando-as de forma imediata para melhorar o serviço prestado à comunidade. A valorização do estado nutricional do indivíduo e da comunidade demonstra a relevância da nutrição nas ações desenvolvidas nos postos de saúde. Em todas as ações, o SISVAN procura identificar, controlar e prevenir os problemas decorrentes de conduta nutricional inadequada para promover a saúde da população e humanizar a atenção básica.

Nesse contexto, ainda precisamos avançar muito mais e não perder de vista o nosso horizonte: o alcance da humanização nas práticas de saúde que se traduzem no conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e à nutrição. É necessário reconhecer para agir, saber como se apre-

sentar determinado agravo nutricional em uma população, propor medidas, políticas e/ou ações eficazes, para todos ou para grupos de maior risco, visando à proteção, à prevenção e à recuperação da saúde.

Não é simples a constituição dessas instâncias de concentração entre atores sociais diferenciados em sua essência. Estabelecer parcerias pressupõe trabalhar em prol de um objetivo mais amplo, que é comum entre as partes envolvidas. Como elas desempenham papéis diferentes, trabalhar em parceria significa saber articular positivamente as diferentes atribuições que cabem a cada parte. No entanto, tais dificuldades não anulam o fato de que a constituição desses espaços de parceria e sua regulamentação têm sido importantes para definir espaços que fogem ao controle do poder local tradicional e que podem assegurar a definição de ações que favorecem as comunidades-alvo dessas parcerias.

Desse modo, analisar a complexidade que envolve as ações na busca do fortalecimento de condutas que almejem a melhoria do estado nutricional é a preocupação constante dos municípios envolvidos. A avaliação e os questionamentos sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – em especial o SISVAN – devem ser construtivos, porque a sua continuidade e o seu progresso estão sob a responsabilidade de quem os executa, e o seu objetivo é a condução da melhoria da saúde da população.

Conclui-se que a nutrição é a base para a saúde de qualquer indivíduo, sendo que as políticas de nutrição estão inseridas em

todas as áreas, mantendo-se a proposta de ação em saúde integrada à vigilância nutricional. Nesse sentido, o Plano de Ação serviu de apoio para as ações de todos os profissionais, garantindo, assim, a qualidade de vida da população, a inclusão social e a atuação da equipe em ações de vigilância, prevenção e controle.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003. 48p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional: SISVAN: orientação básica para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília, 2004. 119p.
- CORREA, S.M.S. Aspectos sociais e culturais do Vale do Rio Pardo. In: CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO VALE DO RIO PARDO. **Agenda 21 Regional do Vale do Rio Pardo (RS)**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. 201p.
- LIMA, M.C.; GOUVEIA, E.L.C. Avaliação nutricional em coletividade. In: GOUVEIA, E.L.C. **Nutrição: saúde & comunidade**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 247p.
- SILVA, D.O. **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 187p.



## EIXO 3: Formação





# FORMAÇÃO: SABERES E FAZERES HUMANIZADOS

## LEARNING PROCESS: HUMANIZED AWARENESSES AND APPROACHES

**Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins**

Psicóloga.

Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP.  
Pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP).

### **PALAVRAS-CHAVE**

Formação de recursos humanos. Política de saúde. Humanização da assistência.

### **KEY WORDS**

Human resources. Health Policy Formation. Humanization of assistance.

## A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Durante muito tempo, a visão positivista amparou a medicina científica e outras disciplinas, que ficaram centradas na doença. Nessa visão, o doente é despersonalizado e transforma-se em objeto (SCHRAIBER, 1997). Assim, nas práticas em saúde, tem havido o predomínio dos aspectos científico-tecnológicos sobre os aspectos humanístico-interacionais; a excessiva valorização dos insumos tecnológicos da área biomédica tem levado à dessubjetivação das práticas e de seus atores sociais.

No plano das políticas públicas, têm sido feitos vários esforços para reverter esse processo, e um deles refere-se à *humanização*. Conforme Deslandes (2004, p. 7), tal noção tem sido utilizada para denominar “a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

(PNHAH), com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e organizar elementos e propostas até então esparsos (BRASIL, 2001). Os objetivos do PNHAH eram: fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorizasse a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que beneficiassem os usuários e os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nessa área; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; difundir uma nova cultura de humanização na rede credenciada ao SUS (BRASIL, 2001).

O PNHAH ressaltava também que, para a humanização da assistência, é necessário

cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis. Propunha ainda a atenção dirigida à formação dos profissionais ao reconhecer que muitas das dificuldades de interação seriam decorrentes de falhas na formação dos profissionais, restrita ao modelo biomédico (BRASIL, 2001).

No documento do PHNAH, Deslandes (2004) identifica três eixos discursivos, a saber: 1. humanização como oposição à violência; 2. humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao bom relacionamento; 3. humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador. Conforme a autora, a humanização é vista pelo PNHAH como ampliação do processo comunicacional nas instituições hospitalares, tema bastante enfatizado por Betts (2001).

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em lugar de *programa*, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede (BRASIL, 2004b).

Seus propositores, inicialmente, verificaram que estavam frente a um duplo problema: “o da banalização do tema da humanização e o da fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de

humanização de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Para os formuladores da PNH, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS implica “acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo” (BRASIL, 2004b).

A elaboração da PNH nasceu como um fomento aos princípios da integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade no SUS, pois vários eram os enfrentamentos que vinham emergindo na sua implementação, entre eles: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial; a precária interação nas equipes; o despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; o desrespeito aos direitos dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (BRASIL, 2004b).

Quanto ao tema específico da formação profissional, o HumanizaSUS recomenda que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde. E, para HumanizarSUS, é necessário AprenderSUS (BRASIL, 2004a).

## A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O profissional de saúde, desde a sua formação, é ensinado a fazer um recorte do

indivíduo, no qual o fenômeno biológico é a peça principal. O saber técnico proveniente da formação pautada na fragmentação e na compartimentalização do homem não consegue ampliar o conhecimento a ponto de perceber que não é o objeto o cerne do seu trabalho, mas o sujeito inteiro, com sua singularidade, isto é, suas emoções, suas crenças e seus valores (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). A formação do profissional de saúde, cada vez mais especializada, aliada às habitualmente difíceis condições de trabalho, restringe sua disponibilidade tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente.

Além disso, a educação vem, até o momento, formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às necessidades desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004). Os processos atuais de formação e de práticas profissionais em saúde configuram um quadro de raciocínio comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. O cotidiano de relações da atenção, da gestão e do cuidado à saúde (AYRES, 2004) deveria ser incorporado ao aprender e ao ensinar. Assim, a formação englobaria aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e cognitivas e adequado conhecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

Alguns elementos que constituem entraves para a mudança na formação são o processo de capitalização do setor de saúde, os interesses corporativistas das profissões e

o que Feuerwerker (2003) denomina “ideal de prática”, referindo-se ao sonho do profissional em ser bem-sucedido como autônomo e trabalhar na rede hospitalar privada de excelência.

Desse modo, há necessidade premente de iniciativas no sentido de formar profissionais crítico-reflexivos. Conforme De Sordi e Bagnato (1998, p.85), o que distinguirá tal formação daquela tecnicista é “em grande parte, o modo de entender e fazer a educação, de como ela é trabalhada em sala de aula, no espaço de interação entre professores e alunos”. De acordo com as autoras, o processo pedagógico deve estimular o ato reflexivo, permitindo ao indivíduo o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, de interagir com a realidade em que se insere e de se tornar ativo frente às transformações da sociedade. A formação de profissionais reflexivos pode ser alcançada à medida que metodologias ativas de ensino-aprendizagem sejam utilizadas nos processos pedagógicos tanto nas instituições formadoras quanto nos serviços de saúde (BATISTA et al., 2005).

As discussões relativas à necessidade de mudanças significativas no processo de formação dos profissionais de saúde são também apontadas por Santos (2004, p. 45). Principalmente no que se refere ao perfil profissional desejado e ao modelo pedagógico adotado, “preconiza-se maior integração entre o mundo do ensino e o do trabalho, ênfase na formação generalista, trabalho multiprofissional, diversificação dos cenários de prática e a adoção de metodologias ativas de aprendizagem”. Salienta, no entanto, que

os avanços são pequenos, apesar de experiências docente-assistenciais caminharem para essa direção, devido ao fato de que a incorporação dessas práticas nos currículos formais da área de saúde depara-se com a rigidez dos modelos curriculares tradicionais.

Uma das necessidades para a transformação da formação profissional é o realinhamento de propostas pedagógicas que devem estar baseadas nos princípios da integralidade do conhecimento e da integração entre o ensino e a prática, propiciando às instituições formadoras condições de responder às necessidades dos serviços no SUS. Importante vertente das práticas pedagógicas é a exposição do futuro profissional de saúde a cenários diversificados de prática (SILVA; SENA, 2004). Porém, não basta definir novos cenários de ensino; é preciso que se reflita sobre a prática para que esta possa ser uma referência ao questionamento e à transformação das formas tradicionais de construir currículo (FAGUNDES; FRÓES-BURNHAM, 2005).

O currículo integrado requer a articulação entre teoria e prática, entre instituições formadoras e serviços, entre as distintas áreas de conhecimento, entre os aspectos objetivos e subjetivos em um processo de formação flexível e multiprofissional. Na perspectiva do currículo integrado, as dimensões psicológica e pedagógica da aprendizagem, selecionadas para o desenvolvimento de competência, estão referenciadas na concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem, na integração teoria-prática, nos referenciais da

aprendizagem significativa e de adultos e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem em momentos de interação presencial e à distância.

Venturelli (1998) considera que a necessária mudança na formação do profissional da saúde passa pela diminuição do tempo dos alunos nas salas de aula com “conteúdos irrelevantes”, criando espaços de “tempo educacional ativo”, nos quais os estudantes são colocados em contato com a prática. Para o autor, o contato com casos e problemas estimula o processo de aprendizagem por meio de perguntas e soluções das questões apresentadas.

No que diz respeito à avaliação do processo educativo, também existe necessidade de mudança. A avaliação deve ser orientada para diagnosticar, para intervir, para cuidar da aprendizagem do aluno, ou seja, deve estar voltada para a melhoria de seu desempenho, e não simplesmente para a classificação do estudante (LUCKESI, 2000). A avaliação deve permitir que o próprio educando compreenda e acompanhe seu processo de aprendizagem.

Komatsu e Mennin (2004) apontam a importância da *avaliação formativa* na aprendizagem, uma vez que esta permite identificar as áreas positivas do estudante e aquelas em que há necessidade de maior empenho. Eles destacam também que os meios e métodos de avaliação devem ser coerentes com as metodologias de ensino-aprendizagem adotadas.

Kikuchi e De Sordi (2005, p. 189), ao descreverem uma atividade educativa voltada a analisar o processo de avaliação

visando a recuperar seu potencial educativo e emancipatório, concluíram que “não há receitas prontas para as questões que envolvem a avaliação no processo de ensino e aprendizagem”. Admitem, no entanto, que existem várias possibilidades de se realizar tal avaliação no sentido de uma concepção crítica, emancipatória e transformadora dos sujeitos.

Têm sido igualmente apontadas necessidades de mudança quanto ao ambiente de aprendizagem e aos necessários cuidados que a formação do profissional de saúde impõe. No aprendizado de papéis novos, tal como o de “cuidador”, é muito importante a atenção ao ambiente de aprendizagem, que deve ter a capacidade de conter o excesso de ansiedade que o aluno tem dificuldade de enfrentar, principalmente no início dos atendimentos, para que ele possa compreender, elaborar e integrar a situação difícil.

A criação de uma atmosfera aberta e facilitadora atenua o estresse ligado ao processo de profissionalização; ao contrário, um clima educacional de intimidação tende a agravar o estresse dos alunos (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). Se o aluno percebe que há no ambiente de aprendizagem uma restrição, uma crítica à veiculação dos aspectos emocionais do aprendizado, apresentará resistências para falar sobre seus problemas e sentimentos, principalmente para reconhecer em si alguns sentimentos não condizentes com os esperados de um profissional, como, por exemplo, o de não ter vontade de atender a um determinado cliente. Terá receio, ainda, de que, ao expor esses sentimentos para o professor e

para os colegas, seja criticado e mesmo reprovado ou considerado fraco. Poderá construir uma imagem do professor (que será incorporada ao seu funcionamento psicológico) como a daquele que está somente em busca dos erros.

Como a maioria das atividades é realizada em grupos, faz-se mister destacar algumas questões relacionadas aos grupos. O grupo psicológico é aquele no qual que seus membros, em determinado período, estabelecem uma interação sistemática. As pessoas que se conhecem e que se identificam – ao mesmo tempo em que se diferenciam – criam uma percepção coletiva de sua unidade. A estruturação e a organização do grupo psicológico baseiam-se na convivência, na partilha de atividades comuns, resultando em uma dimensão grupal que é algo mais do que a soma das partes: é uma integração de distintos elementos que constituem uma totalidade.

O grupo psicológico difere, portanto, do ajuntamento de pessoas. Os grupos podem evoluir de várias formas. Podemos dizer que um grupo está sadio quando mantém sua identidade, tem flexibilidade quanto às posições e opiniões individuais, não cristaliza funções e papéis, permitindo que todos exerçam e assumam aspectos existentes em si mesmos. Pode-se dizer que, quando os papéis ficam cristalizados, o grupo está doente, ou seja, não está criativo, não permite que a energia circule, represando-a. Os grupos também não estão bem quando estão fechados em si mesmos, sem permeabilidade, mantendo contato muito tênue com a realidade circundante

(NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Os grupos jovens geralmente são depositários, por parte das instituições, tanto das esperanças e desejos de progresso quanto de suas partes fragmentadas, não-integradas. Seria, *grosso modo* e guardadas as diferenças, semelhante ao que acontece nas relações entre pais e filhos. Em tese, os filhos devem aprender com os pais, seguir suas orientações, continuar seu caminho, superá-los. Ao mesmo tempo, constituem terreno psíquico privilegiado para o trânsito das fraquezas dos pais, de seus aspectos não-resolvidos, não-integrados e, às vezes, de seus núcleos melancólicos, destrutivos.

Como as crianças (e outra vez devidamente guardadas as devidas diferenças), os alunos precisam, nas situações novas, seja no ingresso à universidade, seja no início de cada nova atividade, de um tempo e de um espaço para se perceberem, para tomarem consciência de que estão em um novo contexto, para se conhecerem como grupo, para poderem fazer identificações, partilhar expectativas, ansiedades e experiências anteriores à situação nova.

A experiência inicial acolhedora cria um campo mais propício para a resolução ou, pelo menos, para a explicitação de dificuldades. Assim, se houver espaço e continência para a desintoxicação das angústias grupais, das rivalidades, da competição, o grupo poderá tornar-se fonte de colaboração e compreensão, com a diminuição do receio de críticas. É fundamental, pois, o cuidado com a dimensão grupal no ambiente de aprendizagem.

A inclusão da dimensão psicológica na

formação do estudante de cursos da área da saúde é outra medida importante. O trabalho de sensibilização do aluno em relação aos aspectos psicológicos – motivações para a profissão, idealização do papel profissional e às suas reações vivenciais durante o curso é uma medida prioritária. Além disso, conhecimentos teórico-práticos sobre a relação profissional-cliente são imprescindíveis para uma compreensão integrada da atividade assistencial. Uma das formas de operacionalizar a inclusão da dimensão psicológica é a implantação de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial nos cursos de graduação e especialização, em que os participantes possam expor dificuldades, angústias e temores ligados ao exercício profissional.

O enfoque na formação humanizada do profissional inclui o da adaptação psicossocial do estudante, que tem o objetivo de contribuir para sua formação integral. Nessa perspectiva, uma importante contribuição é a dos programas de recepção a estudantes no início dos seus cursos, e o acolhimento dos neófitos é uma medida psicoprofilática altamente positiva. Experiências realizadas com grupos no início de cursos de aprimoramento e especialização têm revelado a importância da formação de um continente grupal, fundamental para o enfrentamento das experiências novas decorrentes da inserção institucional.

Para que o estudante desenvolva apropriadamente sua tarefa de “cuidador”, nada melhor do que passar pela experiência de ser cuidado (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Nesse sentido, é de extrema relevân-

cia o apoio psicopedagógico oferecido pela própria estrutura de ensino, isto é, a criação de um ambiente propício para a discussão de problemas relacionados aos sentimentos e às reações que os estudantes têm em sua atividade assistencial, o respeito às suas dificuldades e o oferecimento de um modelo de profissional capaz de integrar habilidades técnicas e interpessoais.

Como parte de um processo amplo de formação profissional com vistas à humanização das práticas assistenciais, é imprescindível considerar ainda a dimensão pedagógica da função docente. Habitualmente, ela não é priorizada no ambiente universitário, pois, em geral, parte-se do princípio de que o professor que teve uma sólida formação na especialidade em que deve atuar como docente encontra *naturalmente* os meios para ensiná-la. Contudo, vale ressaltar uma importante iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ e a Rede UNIDA (BRASIL, 2005): a estratégia de formação de ativadores de mudança na graduação das profissões de saúde. A proposta de ativação de mudanças está pautada em um perfil profissional composto por três áreas de competência: político-gerecncial, educacional e de cuidado à saúde.

Um dos princípios fundamentais dessa proposta de ativação de mudanças é o de que o ativador não só estimula a transformação, mas também se transforma; ao favorecer processos coletivos de construção, ele se constrói como sujeito na ação (FEUERWERKER; LIMA, 2004). Essa estratégia, lançada em nível nacional, pretende contribuir para a formação do que

Perrenoud (1999) classifica como o “paradigma do professor reflexivo e crítico”, ou seja, uma formação que estimule a atitude reflexiva do professor, promova a construção de iniciativas próprias por parte dele, considerando “os alunos, o campo, o meio ambiente, as parcerias e cooperações possíveis, os recursos e as limitações próprias do estabelecimento, dos obstáculos encontrados ou previsíveis” (p. 64). Ainda no campo pedagógico, as práticas grupais que utilizam imagens, *role-playing* e dramatizações enriquecem e dinamizam o aprendizado (KAUFMAN, 1992).

A inclusão do conhecimento sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do indivíduo contribuem para a humanização da profissão. A crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde torna a inclusão desses conteúdos uma prioridade para os novos currículos. Os conteúdos referentes à história de cada área mostram a constituição dos saberes e técnicas ao longo do tempo, permitindo uma melhor compreensão do presente e um redirecionamento do futuro. As matérias humanísticas contribuem para uma nova abordagem na área da saúde, preocupada não somente com as tarefas curativa, preventiva e reabilitadora, mas também com a melhoria da natureza humana e o bem-estar social.

O ensino da bioética é outra meta. A reflexão sobre questões verdadeiramente éticas suscitadas pela vida é o real alicerce de nosso código moral e de nossa conduta. Os conceitos de pessoa, responsabilidade,

respeito, verdade, consciência, autonomia, justiça e outros, presentes no cotidiano das práticas assistenciais em saúde, deverão estar interiorizados para que possam nortear e modelar a conduta profissional. Tanto o paciente quanto o estudante e o profissional devem ser vistos como pessoas na totalidade de seu ser, libertos de processos alienantes (CAMARGO, 1996).

Convém, finalmente, salientar que toda e qualquer medida modificadora de padrões de comportamento, de atitudes e de valores, como são as propostas de formação humanizada e humanizante, envolve um processo de conscientização e sensibilização, o qual costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e, com frequência, crescem ao longo do processo.

## REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BETTS, J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 11 nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2001. (Série C, n. 20).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área de saúde**. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Caderno do Especializando**. Rio de Janeiro, 2005. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde.
- CAMARGO, M.C.Z.A. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 47-51, 1996.
- DE SORDI, M.R.L.; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.
- DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FAGUNDES, N.C.; FRÓES-BURNHAM T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 45-51, 2005.
- FEUERWERKER, L. Reflexões sobre experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.
- FEUERWERKER, L.C.M.; LIMA V.V. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Caderno do Especializando**. Rio de Janeiro, 2004. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde.
- KAUFMAN, A. **Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica**. São Paulo: Ágora, 1992.
- KIKUCHI, E.M.; DE SORDI, M.R.L. Avaliação do processo de ensino-aprendizagem. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 4, p. 185-190, 2005.
- KOMATSU, R.; MENNIN, S. Por uma avaliação crítica e reflexiva: avaliar para transformar. **Olho Mágico**, Londrina, v. 11, n. 3, p. 12-14, 2004.
- LUCKESI, C.C. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? **Novas perspectivas em avaliação**, v. 3, n. 12, 2000. Disponível em <<http://www.artmed.com.br/patioonline.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2005.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Cuidando do futuro cuidador. In: DE MARCO, M.A. (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 87-92.
- \_\_\_\_\_. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança prática, reflexiva e participação crítica. *Revista*

Brasileira de Educação, v.12, n.5-21, 1999.

SANTOS, S.M.M. Formação continuada numa perspectiva de mudança pessoal e profissional. **Sitientibus**, v. 31, p. 39-74, 2004.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como estratégia para articulação teoria e prática.

**Olho Mágico**, Londrina, v. 11, n. 1/2, p. 9-16, 2004.

VENTURELLI, J. Innovación educacional em las profesiones de la salud: moda ou necessidade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação** v. 2, n. 3, p. 119-123, 1998.

# A CONSTRUÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

## CONSTRUCTION OF THE OBSERVATORY OF PRACTICES OF THE HUMANIZATION NATIONAL POLICY OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: THE RIO GRANDE DO SUL EXPERIENCE

**Simone Mainieri Paulon**

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP/UFRGS).

E-mail: [simone@intersecpico.com.br](mailto:simone@intersecpico.com.br)

**Ana Lucia Schettini Elahel**

Mestre em Relações Internacionais (UnB/PNUD).

E-mail: [ana.schettini@undp.org.br](mailto:ana.schettini@undp.org.br)

### RESUMO

O artigo aborda uma estratégia de formação/intervenção para humanizar a atenção e a gestão em saúde desencadeada em dez unidades de saúde do RS a partir de sua integração ao Projeto de Capacitação de Apoiadores para qualificar e potencializar ações e estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH). Para tanto, parte da contextualização da proposta nacional, caracteriza a participação do segmento gaúcho, discute a função estratégica que o apoiador institucional assume no projeto e anuncia os primeiros efeitos que começam a ser percebidos nos diferentes municípios envolvidos. Ao final, apresenta esquematicamente o primeiro produto desse coletivo que é a proposta de construção de um observatório que integre as Práticas de Humanização da Saúde presentes no RS às metas do milênio promulgadas pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 2000.

### PALAVRAS-CHAVE

Humanização da Assistência. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

### ABSTRACT

The article focuses on a capacity building/intervention strategy to humanize the attention and management in Health, launched in ten health units of the Rio Grande do Sul state following its integration into the Supporter Qualification Project to qualify and potentialize actions and strategies of the Humanization Health Policy (PNH). To achieve this objective, the article starts from the contextualization of the national proposal and characterizes the state's specific participation, discusses the strategic role that the institutional supporter takes on, and announces the first effects that can be perceived in the different municipalities involved. At the end, it presents a scheme of the first result sought by this group, namely, the construction of an Observatory that aims at linking the Health Humanization Practices in the state/municipalities with the Millennium Development Goals, promulgated by the United Nations General Assembly in 2000.

### KEYWORDS

Humanization of Assistance. Health Public Policy. National Health System.

Entre garantir constitucionalmente a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e estruturar uma rede capaz de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde para a população de um país com as dimensões do Brasil existe um imenso caminho a ser trilhado. Muito se tem feito por isso. Muito, obviamente, resta por fazer.

A demanda por uma política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS) inscreve-se nesse processo de construção de um sistema que dá certo e que é complexo, não podendo mais ser visto como inviável, já que se provou concreto. Os trabalhadores da saúde deste país têm muito a contar sobre ele. Muito mais do que o que temos visto.

Exacerbar os limites com que essa imensa obra de engenharia social que é o SUS tem-se deparado, identificar suas lacunas, diagnosticar seus entraves, publicizar seus equívocos é parte fundamental ao processo permanente de construí-lo. Não menos importante, entretanto, é a identificação dos focos de sucesso, a socialização de suas mais caras experiências de avanço e o reconhecimento de que é desse esforço,

muitas vezes, sobre-humano de superar toda sorte de adversidades do cotidiano dos serviços de saúde, que resulta um SUS real, atual, que está aí para ser qualificado.

A formação de 140 apoiadores institucionais capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e de intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH), é um esforço nessa direção.

Para empreendê-lo, foi estabelecida uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH, UFF e FIOCRUZ/ENSP que estruturou o Curso de Formação de Apoiadores para a PNH de Atenção e Gestão em Saúde, para o qual foram selecionados 10 trabalhadores de diferentes serviços espalhados por 11 municípios do RS. O engajamento desse grupo no projeto de formação/intervenção em que estarão trabalhando entre abril e dezembro do corrente ano e os efeitos que suas primeiras ações permitem vislumbrar na qualidade da atenção e gestão da saúde coletiva no nosso Estado é o que passamos a descrever.

## Os apoiadores gaúchos na Política Nacional de Humanização

*Quem é mestre na arte de viver faz pouca  
distinção  
entre o seu trabalho e o seu tempo vago,  
entre a sua mente e o seu corpo,  
entre a sua formação e a sua recreação,  
entre o seu amor e a sua religião.*  
Sabedoria Zen

A PNH tem por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde. É uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. A aposta da PNH é a inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser considerada como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2006).

Concebida não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, a humanização tem entre seus objetivos “incrementar a oferta de processos de formação/educação/conhecimento” e, entre as ações desse eixo de produção e disseminação de conhecimentos, está a “criação de cursos/capacitações em

Humanização, priorizando a gestão compartilhada da atenção clínica e formação de apoiadores institucionais a processos de inovações (presenciais ou à distância)” (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

Organizar serviços e práticas de saúde em consonância com as especificidades do espaço loco-regional impõe enormes desafios; é nessa medida que a produção de conhecimento, tomando por referência os problemas derivados da práxis dos serviços de saúde, apresenta-se como um requisito fundamental para o enfrentamento dos desafios de gestão e sanitários do país. Por outro lado, o processo de produção de conhecimento não deve ser realizado na distância da academia por relação ao campo de investigação. Sujeito e objeto de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde não podem ser tomados como pólos separados do processo de investigação. Ao contrário, o desafio é o da criação de protagonismo, fazendo com que o profissional de saúde possa participar do processo de produção de conhecimento acerca da sua prática (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

A estratégia de um curso/intervenção aqui descrita justifica-se exatamente nessa medida: articulação, consórcio e interação entre os sujeitos dos serviços, a academia e a gestão nacional da PNH a fim de construir soluções plausíveis para os problemas de saúde vivenciados pelos sujeitos que se encontram inseridos em movimentos e processos de mudança.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>A estrutura do curso mapeou o país em 10 regiões, sendo o Estado do RS uma delas. Cada região representa uma Unidade de Produção (UP) com aproximadamente 10 apoiadores coordenados por uma formadora/tutora que recebeu formação específica da FIOCRUZ para o desempenho dessa função. A formadora Simone Paulon é a responsável pelo acompanhamento da UP-RS. O curso

Nessa perspectiva, a seleção dos 10 apoiadores gaúchos que integram o projeto foi marcada pela variabilidade de formações profissionais, inserções em serviços e regiões do RS e organizada a partir de indicações do Comitê Regional em conjunto com consultores e coordenadores regionais da PNH no RS. Além de apoiadores, os profissionais que seguem devem ser considerados co-autores do presente artigo não apenas pelo fato de que o conteúdo aqui narrado é produto de seus trabalhos, mas também pelas contribuições pontuais enviadas a título de elaboração do primeiro registro público desse coletivo.

Compõem, então, a Unidade de Produção do Rio Grande do Sul: Ana Lucia Schettini Elahel (bacharel em Relações Internacionais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD); Beatriz Helena da Silva (farmacêutica pela 3ª CRS, atuando como apoiadora em quatro Municípios da Coordenadoria); Carine Bianca Ferreira Nied (comunicadora social do Hospital de Santa Cruz do Sul); Carlos Alberto Protti (odontólogo da rede básica de Ijuí); Lydia Maria Ribeiro Leonhardt (médica da rede especializada de Viamão); Magda Saraiva Macedo (odontóloga do Programa Saúde da Família – PSF – de São Leopoldo); Magda Suzana da Silva Ferreira (assistente social do Hospital São Lucas em Porto Alegre); Marta Helena Buzati Fert (enfermeira do Grupo Hospitalar Con-

ceição); Maria Lúcia Rodrigues Falk (enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre); Maria Judete Ferrari (psicóloga da rede especializada de Alegrete) e Sílvia Raquel Giacomini Antunes (assistente social junto à Secretaria Municipal de Saúde de Veranópolis).

Tendo como critério fundamental a possibilidade de os apoiadores operarem práticas concretas em campo simultaneamente a seus processos de formação, ao término de abril último, a Unidade de Produção do RS estava constituída com as seguintes caracterizações:

- Quanto aos **serviços em que estão inseridos** os apoiadores, a UP conta com quatro hospitais gerais, sendo duas empresas públicas federais de grande porte (Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre) que, além das unidades hospitalares, incluem unidades de saúde, CAPS e dois hospitais privados filantrópicos (Hospital Santa Cruz e Hospital São Lucas da PUCRS) de médio porte que, por serem vinculados às universidades, abrangem também um significativo número de profissionais em formação e *campus* avançado de estudos. Na rede básica, temos quatro apoiadores fora da capital, sendo três de cidades do interior do Estado (Ijuí, Pelotas e

---

prevê uma carga horária de 300h (108 em atividades presenciais e 192 virtuais) e dispõe de material didático específico, através do qual são desenvolvidos conteúdos referentes a cada um dos dispositivos da PNH, com atividades de leitura, monitoramento das intervenções, avaliação e discussões virtuais correspondentes. Maiores informações sobre sua estrutura podem ser pesquisadas em <[www.ead.fiocruz.br/humanizadasus](http://www.ead.fiocruz.br/humanizadasus)>.

Veranópolis) e mais São Leopoldo, situada no Vale do Rio dos Sinos. Entre estas, as apoiadoras de Veranópolis e São Leopoldo e o apoiador de Ijuí atuam como técnicos das secretarias municipais, incluindo, portanto, em suas áreas de abrangência as equipes de PSF. Enquanto a apoiadora de São Leopoldo delimitou a estratégia de saúde da família como campo específico de sua intervenção, a apoiadora da 3ª CRS destacou 4 dos 22 municípios de sua área de abrangência, já que exerce a função de coordenadora regional da PHAS. Na rede especializada, a UP conta com duas apoiadoras, em Viamão e em Alegrete, sendo que na primeira cidade a apoiadora atua em CAPS-Ad, mas trabalhará a PNH junto à gestão municipal, e em Alegrete a apoiadora já compõe as equipes do sistema municipal de atenção integral à saúde mental que tem interfaces com o sistema hospitalar e a rede básica, os quais sua intervenção também pretende atingir. Ligada ainda mais especificamente à gestão federal, temos a apoiadora de Brasília que, por sua vinculação ao PNUD, trabalhando em parceria com o Ministério da Saúde nesse projeto, definiu a própria UP-RS como seu campo de intervenção para, a partir dela, construir o Observatório das práticas de Humanização da Saúde como produto coletivo que o grupo pretende elaborar. Com seu ingresso, então, a UP-RS passou a ser composta

por 11 apoiadores.

- Quanto às **iniciativas existentes no âmbito da humanização**, nesses serviços, a diversidade encontrada não é menor. A maior parte dos serviços já vinha implantando dispositivos humanizadores da atenção em saúde. Os quatro hospitais, em momentos diferentes, já desencadearam processos de humanização, mas o HCPA tem um trabalho mais consolidado nessa área. O GHC passa por um momento de reativação de um trabalho nessa perspectiva, enquanto o hospital Santa Cruz vem criando e incentivando propostas desse tipo mais recentemente. Nas secretarias, as iniciativas são mais dispersas. Viamão encontra-se em um momento de inatividade de estratégias humanizadoras anteriormente criadas. Alegrete tem um histórico regional de atuações humanizadoras que pretendem ser alavancadas com a integração agora maior com a PNH. Ijuí e Veranópolis já criaram comitês que não têm tido atuações significativas para o trabalho na rede. São Leopoldo está desenvolvendo procedimentos coletivos que podem potencializar a PNH. A 3ª CRS vem desenvolvendo desde 2003 vários trabalhos em conformidade com a PNHS e, além do comitê regional atuante, conta com 22 comitês municipais, 24 GTHs das entidades hospitalares e 5 GTHs na rede básica.

Entre os principais desafios que os apoiadores vislumbram para suas intervenções a partir do curso de formação, estão:

- a conexão das iniciativas existentes a uma política nacional;
- a sensibilização dos gestores para a qualificação do SUS e, muitas vezes, o conhecimento da existência de uma política voltada para isso;
- o engajamento dos trabalhadores e da comunidade nas iniciativas de humanização que já existem, ou que serão desencadeadas;
- a identificação de alianças possíveis para a continuidade e a ampliação da proposta para além desse curso e das próximas gestões públicas, a qual passa pela estruturação ou pelo fortalecimento dos GTHs existentes para ampliar a abrangência da PNH através da aproximação à rede básica.

As estratégias escolhidas para o enfrentamento desses desafios refletem um “Plano de Intervenção da UP-RS” que priorizou, entre os oito dispositivos que compõem os eixos de ação da PNH, a criação, avaliação ou o fortalecimento dos Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs). A partir dele, o grupo definiu que “Gestão Participativa e Co-Gestão”, “Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco” e “Clínica Ampliada” serão dispositivos a serem trabalhados na seqüência, respeitando os diferentes processos e especificidades de cada local.

Ao final do primeiro encontro presenci-

al, realizado em Brasília no início de maio, consolidou-se o processo de constituição do grupo e desencadeou-se o trabalho coletivo, que estabeleceu os seguintes objetivos comuns aos onze “Planos de Intervenção”.

- aprofundar os conhecimentos sobre os dispositivos PNH;
- implementar ao menos um dispositivo PNH em seu local de trabalho;
- integrar iniciativas de trabalho do apoiador/curso às iniciativas de humanização já existentes ou em construção na região;
- associar, sempre que possível, as atividades e estratégias PNH às metas do milênio (projeto Observatório) e diretrizes do Pacto pela Saúde.

A partir desses quatro objetivos pactuados como comuns ao grupo, cada apoiador elaborou seu próprio plano de intervenção, que funciona como uma espécie de mapa estratégico à implantação de dispositivos humanizadores em suas áreas de abrangência. Os primeiros efeitos que suas funções de apoiadores começam a suscitar são objeto da reflexão que segue.

## O apoiador institucional: habitando um não-lugar

*Eu amo o agora, e não a memória*

*Eu amo a luta, e não a vitória*

*Eu amo o fato, e não a história*

*Eu amo a trajetória*

Paulo Moska

A função de apoio, como tem sido implantada e experimentada em vários serviços de saúde do país, foi proposta por Campos (2000) como resultante da ação de sujeitos que “atravessam” o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro. Representa uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização dos trabalhadores da saúde. Como função, portanto, fundamental tanto para a implantação de processos de mudança quanto para a sua sustentabilidade, assume especial relevância na estruturação do curso que ora se apresenta.

Inspirado na função do analista institucional que sempre recusa qualquer lugar instituído a partir do qual seu suposto saber seja referendado, o apoiador de que aqui

nos ocupamos faz da análise constante dos efeitos que sua inserção, seu conhecimento, suas questões, enfim, suas próprias implicações têm sobre o campo de estudos, intervenções, investigações, a ferramenta crucial de seu trabalho.

Referenciado na pesquisa-intervenção, o princípio norteador de um apoio institucional assim concebido é o de que a aproximação com o campo sempre inclui a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do apoiador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito” (apoiador que poderia ser um pesquisador, consultor, gestor, assessor, etc.).

Dito de outra forma, o apoiador institucional sabe que sua função não é neutra, nem se exerce sem mexer nos lócus de poder/saber tão arraigados nas estruturas organizacionais em que atuam. Por sabê-lo, faz dos efeitos de sua própria implicação com o coletivo “apoiado” um dos analisadores do processo de trabalho coletivo (PAULON, 2005). Passos (2006) define a função de apoio no contexto da PNH a partir de três questões: Onde ela se dá? O que dispara? Qual seu modo de fazer?

O “lugar” do apoiador institucional que esse curso promove é estranhamente um não-lugar, tanto por se constituir da negação de um lugar “dado” (aquele que sabe, *a priori*, qual a demanda do outro) quanto por habitar os interstícios dos espaços institucionais, propondo encontros, promovendo interfaces inusitadas entre grupos, setores,

disciplinas de modo a radicalizar a possibilidade de uma utopia ativa (*u-topos*).

Quanto ao que disparar, o apoiador institucional sabe, antes de tudo, que não vai “inventar a roda”. Entretanto, como forma geométrica que promove a lateralidade por excelência, acionar movimentos circulares, fazer rodas de conversa “rolarem”, disparar movimento no que está parado, desestabilizar a rigidez hierárquica dos eixos horizontal e vertical pode ser uma boa maneira de desencadear movimentos de mudança junto aos grupos com que se quer trabalhar. Nesse sentido, mesmo sem inventá-la (até porque não é ele, mas o coletivo que tem movimento potencial para ser acionado), o que o apoiador quer disparar são os movimentos que fazem a roda “rodar”: movimentos instituintes que ampliam possibilidades comunicativas de toda a ordem e apostam na “transversalidade”, princípio da PNH.

Por fim, o modo de fazer do apoiador institucional requer novamente uma operação de reversão ao instituído, pois, em que pese seu circunstancial trabalho localizado junto ao aparelho de Estado – do qual emanam normas, decretos e formas jurídicas de “mandar fazer” – tudo o que o apoiador não quer é imprimir tal padrão ao seu modo de fazer. Sem fugir à demanda inevitável de que seu trabalho inscreva-se em uma certa institucionalidade, na proposta de um apoio aos processos instituintes, aos movimentos de mudança que indiquem os caminhos do novo que um coletivo pode

tomar, os processos importam muito mais do que os produtos.

Promover experiências concretas de humanização dos serviços, disparar processos de discussão, reflexão sobre o trabalho, co-gestão dos coletivos e promoção de saúde como produção de vida nem sempre serão experiências passíveis de se traduzir em um período “x” ou um programa “y”. Contudo, se os sujeitos envolvidos nessas mudanças perceberem-se como seus protagonistas, e não simplesmente usuários eventualmente atingidos por seus resultados, uma nova produção de subjetividade aí se deu. O modo de fazer é o que fica para além do que foi feito<sup>2</sup>.

Isso a que chamamos “modo intensivo de fazer” – em contraponto aos grandes programas extensivos de governo pautados na busca de ações em grande escala, preocupadas antes com a abrangência territorial do que com a experiência de “contágio” – tem sido a ferramenta de trabalho fundamental dos apoiadores institucionais em formação no RS. Nos primeiros três meses de engajamento ao projeto, o grupo de trabalho UP-RS promoveu alguns momentos elucidativos desse modo de fazer. Algumas experiências narradas a seguir testemunham que os efeitos desse modo de fazer começam a se evidenciar contagiando dentro e fora do grupo.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por exemplo, constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar, com representan-

<sup>2</sup>PASSOS, E. **O apoiador institucional e a PNH**. Curitiba, 2006. Palestra proferida no Encontro Regional (Sul/SP) do Curso de Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde em 07 ago. 2006.

tes de diversas áreas, com o propósito de que as políticas de humanização estejam cada vez mais afinadas às práticas na atenção em saúde. Esse grupo tem buscado sistematizar oportunidades para que as diferentes áreas possam expor suas necessidades em termos de humanização, tanto do ambiente de trabalho quanto no atendimento aos usuários, e incentivar a proposição de iniciativas voltadas à implantação de melhorias.

Essas contribuições podem ser feitas por contatos com representantes do grupo, através do correio eletrônico, pelo endereço “L-Humanização”. O trabalho da apoiadora Maria Lúcia Falk tem-se pautado na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores – e na utilização de princípios e ferramentas usados para a humanização do SUS.

Ela destaca a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS, como uma experiência singular que têm dado maior solidez às políticas de humanização. “Com esta nova experiência, a que denominamos Redes de Contato, fomentamos reuniões, encontros e discussões instigando o pensamento crítico para os conceitos de humanização, a troca e a construção de saberes com equipes multiprofissionais, onde surgem boas idéias gerando diferentes iniciativas nos grupos e serviços”, comenta Falk.

Também na perspectiva de humanização da atenção e gestão nos hospitais, a comunicadora social Carine Nied alavancou o trabalho que vinha desenvolvendo junto ao

Hospital Universitário de Santa Cruz do Sul com a realização, na volta de sua participação no encontro presencial de Brasília, de um seminário para apresentação da PNH e cada um de seus dispositivos. Esse evento desencadeou todo um processo de pactuação do Plano de Intervenção da apoiadora com os gestores locais e com algumas equipes de trabalho para avaliação do horário ampliado de visita aos pacientes internados.

Foram várias rodas de conversas com equipe de um setor para a construção da proposta, que deveria ser piloto e já criou a demanda para ser implantada em outras duas unidades de internação. Todos os acompanhantes que estão com pacientes internados naquela unidade são convidados a participar de grupos de orientações distribuídos em três dias na semana, quando recebem informações sobre o funcionamento do hospital, as normas, as rotinas, etc. Os resultados, segundo a avaliação realizada pela equipe de trabalho, foram os melhores possíveis e têm gerado interesse por parte da comunidade interna e externa do hospital. Carine Nied foi chamada pela imprensa local para relatar a experiência, que considera estar ampliando os horizontes do grupo de trabalho e redimensionando a humanização do atendimento no HSC.

Vindo da região noroeste do RS, outro depoimento dá conta do tipo de movimento que a experiência de formação/intervenção desencadeada por esse curso está promovendo em nosso Estado. O odontólogo Carlos Protti havia coordenado o Comitê Municipal de Humanização de Ijuí no ano de

2005 e o que conhecia eram relatos obtidos em um seminário promovido pelo gestor estadual na região e de algumas experiências de hospitais do município, com uma concepção que agora avalia “um tanto tímida” da humanização (promoção de festas de integração em serviços, amigos do sorriso, murais de aniversário, etc.).

Após iniciar a apropriação das diretrizes e dos dispositivos da PNH, o coordenador avaliou que o SUS local estava necessitando de uma espécie de “choque de humanização” e iniciou um processo de sementeira desses conhecimentos em âmbito municipal. Nos primeiros contatos com os gestores da saúde do seu município, distribui textos e dispara “Rodas de Conversa” junto a colegas da secretaria. Utilizando-se também da ferramenta virtual para reativar contatos anteriores obtidos pela participação em conferências de saúde, divulga seus novos conhecimentos dos dispositivos e experiências nacionais em humanização junto ao Conselho Municipal de Saúde, difunde material e participa de debates com estudantes da área de saúde da UNIJUÍ e com alguns componentes do Comitê Regional de Humanização. Animado com a receptividade que tem encontrado nessa “arrancada” de seu trabalho, Carlos Protti estrutura seu plano de intervenção no curso para a constituição de um GTH, o qual trabalhará na implementação da PNH junto à secretaria municipal.

Ainda na linha de fomento ao debate da humanização na rede básica de atenção em saúde via estruturação dos GTHs, as apoiadoras Magda Macedo, atuando junto ao PSF

de São Leopoldo, Lydia Leonhardt, médica na rede de saúde mental de Viamão, e Sílvia Raquel Antunes, assessora da Secretaria Municipal de Veranópolis, também implementaram Rodas de Conversa, criaram espaços de pactuações com gestores e promoveram as mais diversas situações de divulgação e debate acerca da humanização na saúde de seus municípios. Estimuladas pelo conhecimento de um modelo de gestão que vem promovendo a quebra de paradigmas, com uma proposta de trabalho focada na prevenção e na promoção da saúde, que visualiza o ser humano como sujeito, a PNH (como política transversal da rede SUS) tem funcionado como eixo norteador das ações nas secretarias em que essas profissionais estão atuando.

Entre os subprodutos que Sílvia Antunes já identifica como tendo sido gerados na “terra da longevidade”, localizada na serra gaúcha, destaca-se a mobilização dos gestores em conhecer a política e em efetivar na prática suas diretrizes e seus dispositivos, o despertar da curiosidade e do interesse dos trabalhadores, em saber como poderão inserir-se, além do apoio integral da imprensa local na divulgação da PNH, através de publicações de matérias em jornais, entrevistas em rádios locais e, sobretudo, do engajamento dos usuários em questionar os rumos da PNH no contexto da saúde e em sua participação nesse processo.

Há quase 10 anos trabalhando na atenção básica do município de São Leopoldo, cansada do modo de trabalho em que não via perspectivas de melhoria da saúde para os usuários do SUS, Magda

Macedo fez de sua inserção no curso de Formação de Apoiadores para a PNH um dispositivo para humanizar o seu trabalho como odontóloga da rede que agora se estende para a sensibilização dos demais profissionais. Após reuniões de negociação com coordenação e equipes da ESF, realizou Roda de Debates com a equipe de SF da área adstrita da Vila Brás.

O resultado foi a melhoria do acolhimento, pois naquele momento a equipe percebeu a importância de ter uma fala única e uma escuta qualificada para atender os usuários e melhorar a porta de entrada da unidade de saúde. “E foi ali que senti a roda começar a rodar, como se estivesse começando a desemperrar os velhos modos de fazer saúde e as oportunidades de fazer um SUS melhor começassem a acontecer”, relata Magda. Na seqüência, a apoiadora criou uma série de momentos com diferentes segmentos da secretaria para abordar o dispositivo “gestão participativa e co-gestão” que, por mobilizar especial interesse por parte daqueles trabalhadores, passou a integrar o Plano de Intervenção a ser implementado.

Os relatos de experiências inovadoras, juntamente com a humanização hospitalar que a apoiadora teve oportunidade de debater nos dois encontros nacionais de que participou, geraram outra demanda que já extrapolou o campo de intervenção com as equipes de SF inicialmente demarcado. Um encontro entre médicos da SF e médicos especialistas do hospital municipal fez-se necessário, marcando, assim, uma nova etapa na caminhada desse município em

direção à humanização da saúde coletiva na região.

A apoiadora Beatriz Pinho, por sua vez, já desenvolvia significativo trabalho como coordenadora regional da Política de Humanização e Assistência à Saúde da 3ª CRS. A partir de seu engajamento no curso, optou por focalizar as intervenções em 4 dos 22 municípios de sua área de abrangência (Arroio do Padre, Jaguarão, Piratini e Turuçu), com os quais pretende estimular a formação dos GTHs na rede básica, fomentando reflexões, discussões e avaliações sobre o tema HumanizaSUS, juntamente com os comitês municipais da PHAS e os gestores.

Em Alegrete, o apoio institucional à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde/PNH, através da saúde mental coletiva, tem buscado contagiar os demais setores da saúde, implicando, de forma transversa, os diversos atores envolvidos na “afirmação de um SUS em defesa da vida”. Com um trabalho que há quase duas décadas vem inovando na atenção especializada aos sofredores psíquicos, o sistema hoje denominado “SAIS Mental” evoluiu de um serviço para a constituição de uma rede, uma malha que integraliza ações de atenção, reabilitação, promoção de saúde, ensino e pesquisa voltadas para a participação dos sujeitos na construção da política de saúde mental singular.

O trabalho da psicóloga Maria Judete Ferrari, agora apoiadora da PNH integrada ao curso, tem sido um diferencial para o planejamento de um território de cuidados e

de novas ambiências provocadoras de inclusão, de desmistificação da loucura e de acolhimento ao cidadão. Sua intervenção, a partir do CAPS II e do sistema/SAIS Mental, tem provocado um debate franco e aberto entre gestores e trabalhadores do SUS sobre o acolhimento e a sua diferença em relação aos procedimentos tradicionais de triagem. Tem rejeitado os conceitos que aceitam as filas como procedimentos naturais da assistência ao público e tem contagiado os sujeitos implicados na transformação dessa realidade que tanto produz perversidades, como, por exemplo, a comercialização de lugares nessas filas.

A intervenção em saúde mental infanto-juvenil autoriza o sistema/SAIS Mental a provocar um debate para além do setor saúde, estendendo-o aos setores de justiça, educação, cultura e assistência social, promovendo o Fórum Municipal de Atenção Integral à Criança e à Juventude. Para fortalecer a política de humanização em Alegrete, a apoiadora tem discutido com trabalhadores e gestores os dispositivos da co-gestão e gestão participativa.

Juntos, eles estão construindo um espaço para a educação permanente em saúde: o Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde, que deve articular o campo da socialização dos saberes e servir como eixo de informação, referendando os diversos níveis de atenção e responsabilizando os atores na produção de saúde e de vida. Segundo Judete Ferrari, “a PNH, através dos conhecimentos compartilhados junto ao Observatório de Práticas de Saúde, tem contribuído para a construção de indicado-

res e metas que atravessem esses diversos setores, dirigindo-os para a pactuação de intervenções em defesa das crianças e jovens, mudando os indicadores sociais”.

### **Cerzindo o Observatório de Práticas de Humanização da Saúde: o *patchwork* da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul**

O projeto da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul de construir um Observatório de Práticas da PNH apresenta-se como um campo de intervenção desse coletivo para ajudar a pensar a implementação da PNH no contexto do compromisso brasileiro de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e de suas metas na área da saúde. Nesse sentido, os apoiadores que integram a UP têm buscado, em uma iniciativa conjunta com a formadora da região e a apoiadora oriunda do PNUD, associar as atividades e estratégias da PNH àqueles objetivos e metas, utilizando, como referencial, as menções explícitas à humanização no Pacto pela Saúde, passíveis de contratação em nível municipal.

Entendendo que, no médio prazo, o avanço do país, seus estados e municípios rumo à melhoria dos indicadores correlatos às metas do milênio deverá contribuir para modificações no indicador saúde que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na esfera nacional, estadual e municipal, os dados do IDH-M afeitos aos municípios sob observação, ou seja, aqueles que integram a Unidade Produtiva do Rio

Grande do Sul do Curso de Apoiadores do HumanizaSUS, serão incluídos na matriz do observatório em construção.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e o Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD são referenciais de análise aceitos universalmente, os quais, no caso dos ODM, estabelecem metas específicas e prazos para o seu cumprimento, por cada um dos países comprometidos com a Declaração do Milênio, aprovada na Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000 na Sede da ONU em Nova York. No caso do IDH, permitem comparabilidade, entre si, de macro e microunidades geopolíticas (por exemplo, entre países, entre estados de um mesmo país, entre todos os municípios de um mesmo país, entre localidades de um mesmo país).

Ressalta-se que o objetivo da elaboração do IDH é oferecer um contraponto a outro indicador bastante utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB *per capita*), que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub Ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Diferentemente da forma como tem sido interpretado pelos leigos, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver".

Além de computar o PIB *per capita*, depois de corrigi-lo pelo poder de compra

da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB *per capita* em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um.

A idéia, então, ao conectarmos tais índices internacionalmente reconhecidos às vivências, experimentações e narrativas – práticas micropolíticas enfim – desses apoiadores é fazermos com que o observatório de práticas humanizadoras do SUS seja um instrumento “vivo” de leitura/entendimento sobre a implantação da PNH no RS, com possibilidades de aplicabilidade a outras realidades nacionais. É na captura dessa riqueza que reside a chave para a finalização do observatório.

O caminho de seu cerzimento vem-se mostrando um genuíno trabalho de *patchwork*, pavimentado pelas vivências individuais e coletivas, pelos encontros presenciais e virtuais, pela montagem do conceitual e pela aferição do experimental, pela vibração pelas pequenas conquistas e pela reflexão em roda sobre as adversidades. O Observatório de Práticas da PNH deverá consistir de:

## Capítulo introdutório

- considerações iniciais;
- objetivos e definição das variáveis;
- caracterização dos serviços de saúde da UP-RS.

## Matriz do Observatório

Pensada como trilogia: global – nacional – municipal.

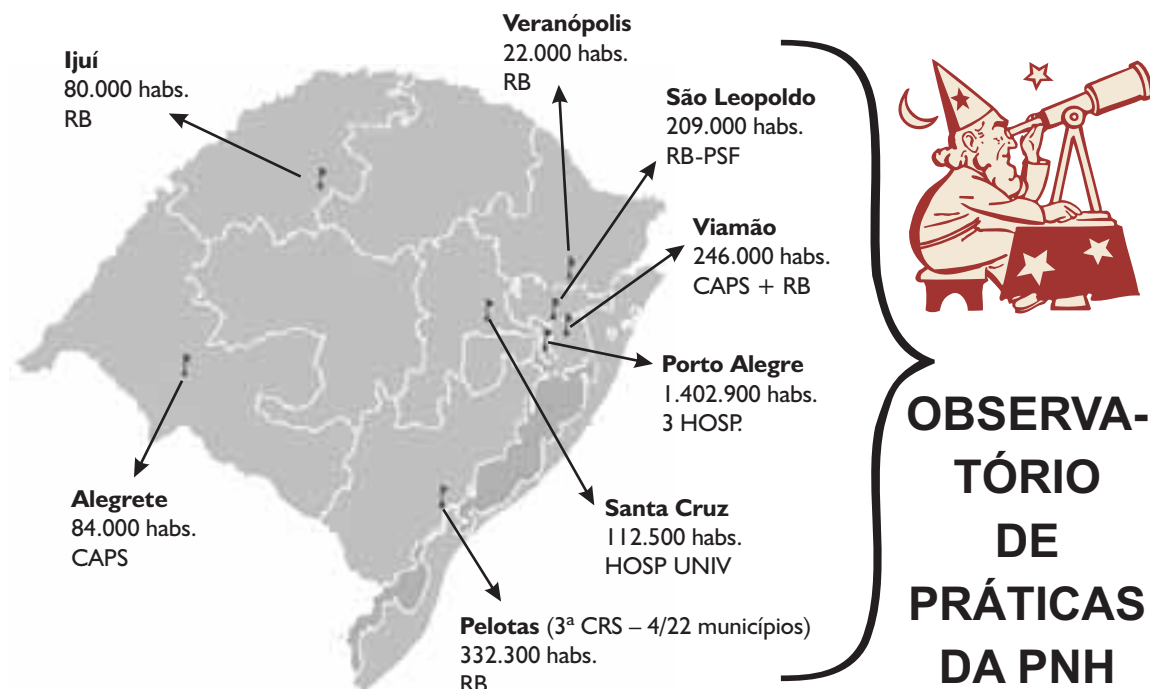
## Conclusões

- análise e considerações sobre a implantação da PNH nos municípios da UP-RS: nós críticos, enfrentamentos e avanços, baseados nas narrativas dos apoiadores sobre a implementação de seus respectivos planos de intervenção e no compartilhamento virtual e presencial do grupo;
- possibilidades advindas da relação ODM – PNH. O período sob análise da implementação dos dispositivos nos municípios é curto – na melhor das hipóteses, seis meses – e, conseqüentemente, sabe-se, desde já, insuficiente para permitir observações conclusivas, mas a função estratégica fundamentada nas diretrizes e princípios da PNH que cada apoiador institucional já assumiu prontamente anuncia os primeiros efeitos nos diferentes municípios envolvidos. Do mesmo modo, o esforço de implementação da PNH com foco no percurso de um dispositivo específico, identificado por cada apoiador a partir das pactuações locais, deverá permitir uma análise preliminar de sua imple-

mentação: nós críticos, estratégias inventadas localmente para o enfrentamento das dificuldades na sua implantação, nos resultados de curto prazo, nas lições aprendidas, nas possibilidades.

Vale ressaltar que o grupo não trabalha com a ilusão de que a PNH poderá ser direta e cabalmente associada à consecução das metas do milênio, pois existe, *a priori*, consciência plena de que o impacto sobre uma determinada área de desenvolvimento é indivisível da perspectiva da mensuração de contribuições específicas. O exercício de cerzimento coletivo, porém, já se provou efetivo. Temos vibrado juntos a cada alinhavo, comemorado cada retalho bem colocado, sofrido em rede cada espaço roto que ainda não vemos jeito de costurar, mas nem por isso deixamos de nos permitir viver essa utopia e de nos deliciarmos com a experiência de habitar esse estranho lugar.

## DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UP-RS



Os apoiadores que integram esta UP têm buscado, em uma iniciativa conjunta com a formadora da região e a apoiadora oriunda do PNUD, associar as atividades e estratégias da PNH aos objetivos e metas, utilizando, como referencial, as menções explícitas à humanização no Pacto pela Saúde, passíveis de contratação em nível municipal. Entendendo que, no médio prazo, o avanço do país, seus estados e municípios rumo à melhoria dos indicadores correlatos às metas do milênio deverá contribuir para modificações no indicador saúde que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na esfera nacional, estadual e municipal, os dados do IDH-M afeitos aos municípios sob observação, ou seja, aqueles que integram a Unidade Produtiva do Rio Grande do Sul do Curso de Apoiadores do HumanizaSUS, serão incluídos na matriz do observatório em construção.

Desde que a metodologia do IDH vem sendo utilizada, há 10 anos, para aferir o *ranking* dos estados e, mais recentemente, dos municípios brasileiros (entre si, respectivamente), o Rio Grande do Sul vem-se apresentando entre as quatro primeiras colocações. Um dos três indicadores do índice diz respeito à saúde (esperança de vida ao nascer e longevidade), referencial a ser utilizado, de forma direcionada, ao universo de municípios da UP-RS, na construção da metodologia do observatório de práticas da saúde. Assim, tomando as diretrizes e os dispositivos da PNH como recorte no campo das políticas públicas, buscar-

se-á construir, a partir dos ODM e perpassando o Pacto pela Saúde, um “pequeno” observatório voltado para a avaliação de como e em que medida a PNH contribui (tem contribuído ou poderá contribuir) para a consecução dos ODM na área da saúde.

Três grandes projetos na área da saúde, ligados ao fortalecimento do SUS, tornaram-se marco na parceria com o governo brasileiro: (I) BRA/92/001 - Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; (II) BRA/90/032 - Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde e (iii) BRA/93/015 - Desenvolvimento Institucional para o Controle de Doenças Endêmicas no Sistema Único de Saúde.

**ODM: 4, 5 e 6** tratam diretamente de tema saúde:

ODM 4 - reduzir a mortalidade infantil; meta: reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

ODM 5 - melhorar a saúde materna; meta: reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

ODM 6 - combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; meta: até 2015, ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual; e, até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Textos/Cartilhas: formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 16-23, set./dez. 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Desenvolvimento Humano e IDH**. <Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

# CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## CONTEXTUALIZING THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION: EXPERIENCE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

**Maria Lúcia Rodrigues Falk**

Mestre em Administração.

E-mail: mfalk@hcpa.ufrgs.br

**Márcia Z. Ramos**

Mestre em Psicologia Social e Institucional.

**Jennifer Braathen Salgueiro**

Doutora em Ciências Biológicas.

**Andréia Gobbi**

Acadêmica de Enfermagem.

### RESUMO

A humanização sempre foi uma preocupação do governo desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta deste estudo é demonstrar a aplicabilidade dos dispositivos da Política Nacional de Humanização em um hospital universitário baseada na valorização das relações interpessoais e na valorização dos profissionais de saúde, favorecendo a construção de um espaço em cuja base esteja a gestão e a atenção conectadas aos processos decisórios. Foram apresentados os dispositivos da Política Nacional de Humanização, relacionando-os às ações existentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) dessa instituição tem procurado estabelecer espaços para que ações humanizadoras sejam desenvolvidas. Dessa forma, o GTH entende estar contribuindo para a construção de uma política que se faça pública e coletiva.

### PALAVRAS-CHAVE

Humanização da assistência. Política de saúde. Assistência hospitalar.

### ABSTRACT

The humanization of our population has been an issue for the government since the implementation of the Integrated Health System (SUS). The proposal of this study was to demonstrate the applicability of the policies of the National Policy of Humanization in a university hospital, based on the valorization of interpersonal relationships and of health professionals, enabling the construction of a channel in which the foundation is management and attention connected with the decision-making process. The National Policy of Humanization devices were presented and related to the ongoing actions at the Clinics Hospital of Porto Alegre. The Humanization Work Group (GTH) of this institution has been seeking the establishment of channels where humanizing actions can be developed. This way, the GTH is thereby contributing to the construction of a policy that can be collective and public.

### KEY WORDS

Humanization of assistance. Health service. Hospital care.

## INTRODUÇÃO

A humanização das relações e da assistência tem ocupado, nos últimos anos, um espaço significativo nas discussões ministeriais e em diversos fóruns ligados à saúde no âmbito hospitalar. Temos o desafio e a necessidade de revisar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Esse tema aponta para a importância da ação e para a contextualização das dimensões do cuidar e do viver humano. Nesse sentido, o governo tem-se empenhando na elaboração de políticas públicas e coletivas capazes de oferecer maior ressonância e viabilidade na busca da qualidade e da humanização hospitalar.

A Política Nacional de Humanização (PNH), em seus referenciais teóricos, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

A humanização, nesse viés, compre-

de a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo, bem como o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de coresponsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento (PASSOS, 2006).

Precisamos criar estratégias que propiciem soluções para a grave questão existente nas instituições de saúde, ou seja, para a massificação do atendimento ao ser humano. Além disso, sugerir alternativas para novos modelos de assistência, gestão, ensino e trabalho e refletir sobre os modos de fazer saúde em hospitais.

## CARACTERÍSTICA DA INSTITUIÇÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma instituição pública e universitária, ligada ao Ministério da Educação e à

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, há 34 anos vem oferecendo atendimento de qualidade aos pacientes – na grande maioria, através do Sistema Único de Saúde (SUS) – e desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa em saúde. Tem como visão ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde.

Sua missão institucional é formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e, através da maximização do aproveitamento da infraestrutura instalada, transpor os próprios objetivos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, assim, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla.

No HCPA, a comunidade encontra atendimento para 60 especialidades, sendo oferecidas anualmente cerca de 520 mil consultas, 27 mil internações, 32 mil cirurgias, 2 milhões de exames, 4,5 mil partos e 320 transplantes. São oferecidos grupos de apoio para pacientes e familiares que atendem 14 mil pessoas por ano e campanhas de informação, prevenção e detecção de doenças. Ao mesmo tempo, é sede de inúmeras atividades de ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa em saúde, contribuindo para a formação dos profissionais que no futuro atenderão a população e para o desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias em benefício de todos.

Essas iniciativas demonstram a preocupação da instituição em desenvolver ações que qualifiquem o atendimento aos pacientes e, ainda, em manter como princípio

norteador e valor institucional o respeito aos direitos e às necessidades de cada cidadão. Ao longo de sua história, o HCPA, preocupado com as questões da humanização, vem desenvolvendo iniciativas em várias áreas – como a pediatria, a recreação terapêutica e o serviço de medicina ocupacional –, atividades acadêmicas, voluntariado, comitês e colegiados de gestão cuja temática agregou valores em diferentes ambientes de trabalho.

## OBJETIVO

Demonstrar a aplicabilidade dos dispositivos da Política Nacional de Humanização em um hospital universitário baseada na valorização das relações interpessoais e na valorização dos profissionais de saúde, favorecendo a construção de um espaço em cuja base esteja a gestão e a atenção conectadas aos processos decisórios.

## PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, serviu de base à conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária, para que, na Constituição Federal de 1988, fosse reconhecido o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde

(SUS). As Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b) regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

O conceito ampliado de saúde elaborado nessa conferência define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. Porém, passados 13 anos da criação do SUS, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) decide priorizar o tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas de saúde.

Tal priorização é clara em todo o conteúdo do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, nos seus nove eixos temáticos, que enfatiza a humanização dos serviços de saúde, tanto nas relações quanto nos atendimentos, a qualidade de vida no trabalho, o caráter multiprofissional do trabalho na saúde e a rejeição de qualquer tipo de preconceito.

O eixo temático II, na diretriz 47 desse relatório, prevê a implantação de uma política de humanização. Esta vem substituir o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) de 2000, que buscou implementar no SUS o conceito de atendimento humanizado. O objetivo do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos

serviços prestados por essas instituições.

No entanto, é necessário definir a Política Nacional de Humanização (PNH). Humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Entendemos por gestão o processo que compreende a organização dos processos de trabalho, a dinâmica da integração da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

Na qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede pública. Uma transversalidade que atualiza um conjunto de princípios por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Benevides e Passos (2005) consideram o conceito de transversalidade (GUATTARI, 1981) como o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados.

Conforme documento oficial (BRASIL, 2004), a PNH propõe-se, como política transversal, a melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Assim, ao atravessar as “diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar

dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários”.

Com relação aos princípios norteadores da PNH, destacamos a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos com co-responsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho. Esses princípios norteadores articulam as ações de humanização em três eixos centrais, quais sejam:

- Direito à saúde: acesso com responsabilidade e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos do usuário; aumento da eficácia das intervenções e dispositivos.
- Trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.
- Produção e disseminação de conhecimentos: aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliações, divulgação e comunicação (BRASIL, 2004).

A inseparabilidade entre gestão e atenção apresenta-se como transversal na

PNH; por isso, a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode mais ser compreendida como tarefa administrativa separada das práticas do cotidiano, ou seja, dos modos de trabalhar e viver. A indissociabilidade entre os campos da clínica, da saúde pública e da gestão possibilita a integração entre as formas de conceber e organizar o trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que lança um desafio à rede de atenção e aos usuários. Para Benevides e Passos (2005), falar de saúde pública ou saúde coletiva na perspectiva da PNH:

*É falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como pacientes nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência frente aos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício do seu mandato social.*

Santos Filho (2006) entende que os conceitos e dispositivos da PNH visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores, assim como transformações nas maneiras de produzir e prestar serviços à população.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõe, na verdade, uma só realidade a ser trabalhada através de arranjos e dispositivos que garantam práticas de co-responsabilização, de co-gestão e de grupalização (BENEVIDES; PASSOS, 2005;

CAMPOS, 2000). A PNH tem diante de si, além de tantos desafios, o de humanizar em uma sociedade na qual prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano.

Um levantamento realizado por Casate e Corrêa (2005) sobre esse tema identificou, ao longo da década de 1950 e das décadas posteriores, situações desumanizantes relacionadas a falhas no atendimento e nas condições de trabalho. Entre elas, citam-se, por um lado, as longas esperas por consultas e exames, a ausência de normas e rotinas, a deficiência de instalações e equipamentos; por outro lado, a banalização do paciente, a sua despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração e a falta de ética de alguns profissionais.

Situações desumanizantes nas condições de trabalho incluem a baixa remuneração, as dificuldades na conciliação família-trabalho, a jornada dupla, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, sendo que nesse contexto o investimento na estrutura física da instituição e a revisão da estrutura e dos métodos administrativos podem ser o início da humanização. Essa temática da humanização do atendimento em saúde é altamente relevante, cabendo às instituições proporcionarem espaços para que os profissionais possam colocar em prática as ações humanizadoras.

Sendo assim, as instituições que envolvam o trinômio assistência-saúde-ensino devem abordar a humanização no processo de formação dos profissionais de saúde, valorizando as relações interpessoais e desenvolvendo habilidades para a escuta e o

diálogo.

## **DISPOSITIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Os itens a seguir relatam o que é preconizado em cada um dos dispositivos da PNH e as ações que já são realizadas na instituição.

O *Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)* deve formar uma rede com a participação de todas as áreas, estimulando o exercício de uma prática reflexiva em prol de ações humanizadoras para os trabalhadores e usuários da instituição, visando à melhoria nos processos de trabalho e à qualidade da produção de saúde. O GTH do HCPA buscou estruturar redes de contato que abrangessem o maior número possível de áreas no hospital. E, através delas, iniciou um trabalho de sensibilização nas áreas, além de proporcionar, por exemplo, melhorias ambientais. Foi elaborado um projeto de pesquisa sobre ações humanizadoras na área de pediatria que se encontra em processo de realização.

O contato com o grupo pode ser feito via rede de contatos ou via e-mail pelo L-humanização. As questões trazidas por esses meios de contato são discutidas em rodas de debates semanais realizadas com o grupo, procurando-se encontrar soluções sempre à luz dos dispositivos da PNH e oportunizar a todos na instituição conhecer a política de humanização e sensibilizar-se com ela.

A *ambiência* refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Por exemplo, abrange elementos como iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças. Essa instituição sempre se preocupou em oferecer um ambiente de qualidade aos seus funcionários e clientes e, para tanto, oportunizou a capacitação com foco nas necessidades do cliente e nas melhorias no atendimento ao portador de deficiência auditiva com multiplicadores na linguagem LIBRAS. Houve uma reestruturação de processos e ambientes (internos e externos), o que propiciou luminosidade natural em muitos ambientes e artificial adequada, salas de repouso para familiares e funcionários, salas e leitos com resguardo da privacidade, salas de recreação, Casa de Apoio, além de espaço de atendimento médico para funcionários (SMO e unidade de convênios).

O *acolhimento* é o modo de operar os processos de trabalho em saúde, orientando para um bom relacionamento entre todos os que participam do processo de promoção da saúde. Deve-se promovê-lo através da postura ética, do compartilhamento de saberes e da comunicação adequada entre os atores desse processo. A PNH propõe ferramentas como fluxogramas, protocolos e agendamentos. No HCPA, implantou-se um processo de triagem no Serviço de Emergência para Acolhimento, adotando-se o critério de classificação de risco através de cores, a saber: roxo (atendimento imediato), vermelho (atendimento em até dez

minutos), amarelo (atendimento em até uma hora), verde (atendimento em até seis horas) e azul (transferências).

Com relação às *visitas abertas*, a PNH recomenda que os usuários possam ter acompanhantes e receber visitas de acordo com os direitos descritos na carta ao usuário. Deve haver nas instituições de saúde uma estrutura para recebê-los, com uma equipe multidisciplinar preparada para atendê-los e com um ambiente adequado. É preciso também flexibilizar as normas de troca desses acompanhantes para que o usuário sempre tenha próximo de si uma pessoa de seu ciclo social. No HCPA, tanto na internação pediátrica quanto na internação de adultos, existe a possibilidade de que duas pessoas revezem-se para acompanhar o cliente. E, para recebê-los, há salas para pais visitantes, cadeiras e poltronas nos quartos, salas de estar e grupos de apoio aos familiares, como o Projeto Âncora e a Recreação Terapêutica.

As *redes sociais* estruturam a operacionalização do sistema através dos seguintes fatores: referência e contra-referência, garantia da gestão participativa aos trabalhadores e usuários, educação permanente aos trabalhadores, transparência das informações aos usuários, familiares e acompanhantes para que se reduzam filas e o tempo de espera e para que o atendimento seja eficiente em todas as instâncias do sistema. A instituição busca estabelecer referência e contra-referência no atendimento e no encaminhamento de seus usuários, assim como oferecer informações através de *folder* explicativo para orientar o paciente

por ocasião da internação, além da pesquisa de satisfação de cliente, garantindo, assim, a participação dos trabalhadores na elaboração do processo através de colegiados e de planos de capacitação.

A *clínica ampliada* é o conceito de integração entre a clínica e a gestão em saúde. Tal integração deve acontecer por meio de uma equipe multidisciplinar com a co-responsabilidade do usuário. Podemos identificar nos processos de trabalho estabelecidos no HCPA o incentivo à escuta como ferramenta para melhoria dos diferentes processos de trabalho e da prática gerencial, além de equipes compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, auxiliares e técnicos que participam das atividades de extensão multidisciplinares. A presença do usuário é garantida pelo Conselho Local de Saúde.

A *gestão participativa* e a *co-gestão* preconizam a atuação dos Conselhos de Gestão Participativa com mesas de negociação permanente, tais como grupos de trabalho de humanização, ouvidoria, visita aberta, direito a acompanhante e família participante e contratos de gestão. A instituição conta com metas físicas, financeiras e de qualidade estabelecida, as quais são esclarecidas em reuniões periódicas com as entidades representativas dos funcionários. Para os usuários, oportuniza o atendimento de equipes multidisciplinares, além da visita diária e de acompanhante 24 horas.

A *valorização da saúde dos trabalhadores* prevê uma nova relação entre os trabalhadores da saúde, havendo encontros e diálogos

críticos entre o saber e a prática. Por meio de reuniões de equipe, pesquisa e atividades de análise, juntamente com coletivos organizados, como Grupo de Trabalho da Humanização (GTH), SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), a instituição desenvolve com seus trabalhadores diálogos de prevenção de saúde ocupacional e segurança do trabalho.

Tal medida compreende treinamentos, grupos de reflexão, oficinas, palestras; Programas de Educação em Saúde (doenças crônicas, AIDS, gestação); Programa de Atenção a Saúde do Trabalhador em situação de vulnerabilidade; CIPA; Promoção em Saúde (campanhas de vacinação, assistência ambulatorial, equipe multidisciplinar, academia, ginástica laboral); Programa de Acolhimento (Programa Integrar, Pesquisa de Satisfação dos Funcionários, Programa de Reabilitação Profissional, interface com Associações e Sindicatos); Capacitação e Desenvolvimento com metodologia de gestão de pessoas orientada pelos valores institucionais (cursos, seminários, oficinas, treinamentos).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o cotidiano do hospital submetta constantemente os profissionais a situações críticas e indesejáveis, como falta de leitos em uma emergência superlotada e escassez de recursos humanos, situações que provocam dilemas éticos, esse mesmo cotidiano possibilita a inter-relação entre todas as pessoas, sejam elas profissionais ou pacientes. Tal convivência propicia a expe-

riência de viver uma diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível trilhar novos caminhos nos quais possamos demonstrar a solidariedade implicada no cuidado e a sua conseqüente humanização.

A PNH, por meio de seus dispositivos, elaborou um mapeamento da dinâmica institucional, das ações humanizadoras existentes e de suas lacunas. Utilizando essa ferramenta, o HCPA priorizou alguns desses dispositivos, definindo processos de melhoria e criando arranjos para solução de alguns *atravessamentos*. Baremblytt (1998) esclarece que o *atravessamento* refere-se aos entrelaçamentos, interpretações e articulações que, no meio organizado e instituído, servem à conservação. Nessa perspectiva, o GTH adotou como uma de suas estratégias de ação, a fim de investigar a melhoria de comunicação interna, a criação de redes de contato. Assim, a interface entre o GTH e as diferentes áreas do hospital é promovida através dos contatos locais, o que possibilita que as ações internas da PNH possam repercutir de forma direta e efetiva nas diferentes áreas da instituição.

A utilização da PNH nas instituições de saúde é altamente vantajosa. Por ter como princípios a inseparabilidade entre gestão e atenção e a transversalidade, gera efeitos para as organizações trabalhadas que incidem diretamente na produção de saúde nos espaços de trabalho, de modo a fomentar entre os diferentes atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) ações inventivas e criativas e instigar o

protagonismo e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Nesse sentido, o trabalho constituiu-se como espaço de crescimento e produção. No campo das políticas de saúde, humanizar as práticas de atenção e de gestão significa assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva.

## REFERÊNCIAS

- BAREMBLYTT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1998. 235 p.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.
- \_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/legisla/C3%A7%C3%A3o/Leis/lei808090.html>>. Acesso em: 10 out. 2006.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word>>. Acesso em: 10 out. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em: 6 jul. 2006.
- \_\_\_\_\_. **SUS: Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus\\_aspgerais.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm)>. Acesso em: 6 jul. 2006.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo:

Hucitec, 2000. 225 p.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003, Brasília. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. 230 p.

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

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 395-397, mar./ago. 2005.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. 229 p.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: atividades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 289 p.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde (PNHS): aspectos conceituais e metodológicos. In: PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: leituras complementares. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 95 p.



## **EIXO 4: Gestão**



# ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO NA SAÚDE NO BINÔMIO TRADIÇÃO—INOVAÇÃO

## SOME CONSIDERATIONS ON HEALTH MANAGEMENT CONCERNING THE RELATION TRADITION—INNOVATION

Rosemari Dorigon Reinhardt  
Pedagoga.  
Mestre em Educação.  
Assessora Pedagógica da Escola de Saúde Pública (ESP/RS).

### RESUMO

Este estudo visa à caracterização de uma organização de saúde, tendo em vista os inúmeros conceitos de que se reveste e sua significativa abrangência social. A compreensão de como concepções diversas afetam a vida de uma organização pública de saúde é particularmente um desafio a enfrentar, no intuito de desvelar as muitas facetas desse contexto diante da complexidade do mundo e das necessidades e possibilidades de transformação. A abordagem sobre a gestão, identificada sob dois parâmetros (tradição e inovação), pretende dimensionar as formas de ação e de relações que estão presentes numa organização de saúde, seus espaços coletivos e sua identidade. O objetivo do texto é, portanto, identificar o tipo de estrutura que está presente em uma organização de saúde, bem como as perspectivas de inovação em andamento, considerando, entre outros aspectos, a política de humanização. A questão preponderante e crucial deste estudo baseia-se na seguinte questão: como determinada organização se caracteriza em relação às suas práticas administrativas?

### PALAVRAS-CHAVE

Gestão em saúde. Inovação. Organização institucional.

### ABSTRACT

This study aims to characterize a health organization in view of the countless concepts that cover its significant social meaning. The understanding of how diverse conceptions affect the life of a public health organization is a big challenge to face, as an attempt to reveal the several facets of this context before the complexity of the world and the needs and possibilities of transformation. The approach on management under two parameters (tradition and innovation) intends to assess the forms of action and relations existing in a health organization, its collective spaces and its identity. Therefore, the objective of this text is to identify the type of structure that is present in a health organization, as well as the perspectives of innovation, considering, among others aspects, the humanization policy. The prevalent and crucial matter of this study is based on the following question: How is a given organization characterized in relation to its management practices?

### KEY WORDS

Health management. Innovation. Institutional organization.

## INTRODUÇÃO

Pensar a gestão em saúde implica contextualizar primeiramente a escola clássica da Administração com seus conceitos de gerência, planejamento e controle, os quais trouxeram importantes configurações ao setor público, especialmente no modelo assistencial de saúde, idealizado sob forma piramidal. Nela, três níveis hierárquicos regem o sistema, nutrindo-o de acordo com sua organização.

No entanto, a complexidade da saúde impede que seja tratada apenas como produto de situações exclusivamente gerenciais, sendo necessário considerar as muitas peculiaridades, dinâmicas e movimentos próprios do setor, absolutamente incapaz de dar conta dessa sua incrível capacidade de produzir novas demandas sucessivamente.

No caso específico de uma organização de serviços públicos, esta é assim definida: “[...] uma organização cujo principal beneficiário é a parte do público que tem com ela contato direto, com quem e pra quem seus membros trabalham – em resumo, uma organização cuja função básica é servir os seus clientes” (BLAU; SCOTT, 1979, p. 66-

67). Portanto, é vista como uma instituição de interesse público, que tem necessidade de controle público e que existe para “fazer o bem” (LIMA 1998, p. 55).

Algumas formas de pensar e estruturar o trabalho organizacional, buscando simplesmente a delegação de atividades como se houvesse diversas janelas que se abrem e fecham em função de intempéries da natureza, é uma situação que favorece, na prática, um trabalho desarticulado, sem sintonia e, muitas vezes, inadequado aos propósitos tanto da organização quanto dos sujeitos que dela participam. Quando cada setor desenvolve sua ação em separado com os demais, não existem propostas capazes de articular, integrar ou produzir a atuação conjunta do coletivo.

Como é possível identificar essa problemática? Muitos autores de livros de Administração que desenvolveram estudos sobre a função gerencial de uma organização afirmam que a direção, situada no nível superior do organograma, preocupa-se basicamente em administrar as principais demandas, deixando para os seus assessores e coordenadores o planejamento e a execução das atividades, mesmo que estas sejam desenvolvidas sem que haja, necessa-

riamente, um fio condutor inter-relacional.

Em geral, os cargos de chefia estão nas mãos de profissionais capacitados, enquanto os funcionários exercem funções de nível subalterno. Há grande preocupação com o preenchimento e a assinatura de rotinas e papéis, como modo de controlar os gastos no uso de equipamentos e materiais. A administração atua, de um lado, com critérios de eficiência, racionalização e produtividade, assimilando alguns elementos administrativos empresariais e discursos economicistas; de outro lado, usa variados meios e criatividade para enfrentar os problemas e propor sua resolutividade.

Há cuidados para não se cometer erros, considerados como desvios no padrão das ações. As decisões mais freqüentes são as de nível operativo, que dizem respeito ao modo de execução das deliberações de instâncias mais superiores do sistema, fazendo com que as decisões da organização resumam-se em executar as determinações, algumas vezes, no entanto, com possibilidade de redirecionar algumas das ações previstas. Este é, em linhas gerais, o quadro estrutural de muitas organizações, inclusive as de saúde.

## **GESTÃO ENTRE DOIS CAMINHOS: TRADIÇÃO OU INOVAÇÃO?**

A gestão dos serviços públicos de saúde não está deslocada da sua estrutura de poder, como também da compreensão de que sua produção de serviços tem conseguido ou não dar acesso, de forma equânime e universal, à população. Essas questões são

básicas quando se discute que “é necessário ter clareza das condições e determinações do setor e ter presente que gerenciar significa não apenas dispor de recursos, mas de poder para a sua alocação ou realocação” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 2001, p. 21).

No entendimento desses autores, a eficácia dos serviços de saúde depende mais dos recursos humanos do que dos materiais e financeiros, considerados obstáculos, nunca determinantes da qualidade, a qual só é possível de ser alcançada pela realização humana, considerada insumo estratégico. Nesse caso, a realização do serviço concretiza-se pela apropriação individual e coletiva de quem o recebe (o indivíduo, a população) e pela atuação dos diversos profissionais que cruzam seus saberes e suas práticas em benefício comum.

As principais características das organizações profissionais de saúde inserem-se na categoria denominada de “burocracia profissional”, uma vez que o trabalho de produção é realizado por qualificações de alto nível, cuja formação mínima é representada por habilidades e conhecimentos de nível superior, com especializações diversas. Além disso, a coordenação visa a uma padronização dessas qualificações, pois se sustenta do processo de formação e também das normas elencadas pelas entidades de classe ou associações profissionais. Normalmente, estas são organizações complexas, com equipes compostas por diferentes profissões e variabilidade de trabalho, responsáveis pelas ações de saúde na sua esfera de abrangência.

A organização, desse modo, opera com

base nos conhecimentos e nas habilidades de seus profissionais, que produzem estudos, projetos e intercâmbios sucessivos, muitos deles funcionando com temáticas similares, porém deslocados de um núcleo integrador. Os discursos dos dirigentes denotam a ambigüidade da visão da organização, ora considerada como uma unidade social, ora como local de organização e execução do trabalho. Com isso, surgem significados que inserem uma possível autonomia, ou acentuam propósitos consensuais.

Nessa concepção, as organizações de saúde são vistas, em sua grande maioria, como espaços de realização dos objetivos organizacionais, cujo enfoque centra-se na orientação para a tarefa. Assim, a ação implementada é entendida como produto de uma decisão identificada ou de uma escolha deliberada. Sua atuação é amparada por um modelo burocrático que comporta várias conotações: “organização racional, ineficiência organizacional, governo de funcionários, administração pública, administração por funcionários, organização e sociedade moderna” (LIMA, 1998, p. 70-71).

Se, nos estudos de Weber, a racionalidade burocrática é uma racionalidade instrumental, na visão de Thompson é uma racionalidade técnica (LIMA, 1998). Nesse sentido, o modelo burocrático aposta na certeza, na estabilidade e na objetividade de sua estrutura formal, na hierarquia, na especialização, nos processos de planejamento e tomada de decisões e na coordenação das atividades. Há também uma divisão

de tarefas ou departamentalização, assim como a existência de delegação da autoridade, de acordo com a hierarquia estabelecida. Todavia, mesmo nas burocracias, alerta Hampton (1983, p. 8), o determinismo que cerca o racional é motivo de contestação porque:

*Embora palavras como planejamento, organização, direção e controle evoquem imagens de que a administração seja reflexiva, racional e sistemática, há pesquisadores que gastaram um bom tempo observando gerentes em ação e que chegaram à conclusão de que, na realidade, a administração é mais refletida do que reflexiva, mais emoção do que racionalidade e mais caótica do que sistemática.*

Diferentemente do enfoque tradicional, a gestão de uma organização de saúde pode avançar e constituir-se em força propulsora de novas percepções acerca dos sentimentos, das posturas e dos desafios que permeiam o mundo do trabalho. Se a afirmação de Kanitz (2006, p. 22) de que o novo tipo de empresa é o de capital aberto cujos acionistas oferecem “capital social”, porque a sua administração não é feita pelos “donos”, mas por administradores profissionais revolucionários que estão conseguindo humanizar as empresas, tornando-as socialmente responsáveis, cumpre refletir qual é, então, o papel de uma organização que presta relevantes serviços de saúde à população diante do contexto da humanização.

Segundo Campos (2005, p. 399), a

humanização tem relação com a defesa da vida, objetivo permanente das políticas públicas e com a paidéia, porque implica refletir sobre as várias maneiras de pensar o desenvolvimento integral das pessoas, “sejam elas doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde”. Assim, avançar em uma proposta de gestão inovadora é, antes de tudo, buscar o humano no humano. As organizações existem e são configuradas socialmente, como boas ou más, porque se abrem ou se fecham para a vida das pessoas que com elas interagem.

O humano alienado não aceita críticas ou mudanças; sua ótica é a do “achismo” e o seu pensamento gira em torno de si mesmo e de suas visões sobre o mundo. Em sua concepção, a organização atua para servir, não importando os critérios de satisfação e qualidade, nem os interesses, as necessidades ou os desejos das pessoas a sua volta, mas operando em um círculo vicioso de mandos e decisões, quase sempre unilaterais.

Sem dúvida, a ação de tentar transformar a monotonia do trabalho em algo construtivo, criativo e prazeroso, na construção de vínculos desalienantes entre equipes e usuários, produz novos modos de convivência profissional. Nesse processo interativo, as pessoas ouvem e são ouvidas, falam e conseguem expressar emoções e sentimentos, não apenas racionalidades, formalidades ou desafetos; agem agregando esforços, criando vínculos, buscando sentido para a sua existência pessoal e profissional. Modos diferentes de convivência são considerados: o técnico é visto como

ser humano e este como sujeito que consegue lidar com a técnica como parte importante de seu trabalho, porém não a única.

A gestão de uma organização de saúde, na perspectiva da inovação, trabalha a missão da organização como força integradora entre os objetivos da organização, dos funcionários e da população usuária dos serviços de saúde. Apresenta como características principais não o discurso da promessa, nem a dinâmica da burocracia, mas a simplicidade de não ser tudo, não saber tudo e não fazer tudo. Persegue incessantemente a melhor maneira de partilhar, aprender, valorizar, capacitar, desenvolver valores e apoiar iniciativas ousadas, porém reponsáveis, desafiadoras e necessárias, inserindo-se na ética da solidariedade e na produção da responsabilidade. Aposta nos encontros dos sujeitos com a coletividade interna e externa à instituição para que as ações reflitam a percepção da realidade como um todo. Não se intimida com problemas e dificuldades, pois é capaz de mobilizar a equipe para o enfrentamento das situações, reconhecendo que a união das pessoas solidifica a própria organização.

Todavia, o alerta de Martins (2006, p. 1) é procedente quando afirma:

*Merece reflexão a atual tendência e as ações humanizadoras no tecido institucional em que as ações de saúde e as próprias ações humanizadoras se veiculam. A teia interacional, ou seja, o conjunto de relações que se estabelecem nas instituições – profissional-paciente, recepção-paciente, profissional-equipe, profissio-*

*nal-instituição e outras – está se humanizando?*

O questionamento do autor sugere a necessidade de que o potencial humano esteja atento à tendência cada vez mais competitiva da organização social contemporânea. A humanização auxilia a gestão a lembrar que, além de prédios e equipamentos, a equipe precisa adquirir consciência, consistência e engajamento para saber lidar com as incertezas e as vulnerabilidades de um mundo que precisa cada vez de sua humanidade.

Essas observações sugerem que as organizações, em geral, absorvem uma mescla de pressupostos teóricos e papéis. Ao mesmo tempo, sua racionalidade contém elementos identificados como não-racionais ou caóticos. Há avanços que produzem práticas inovadoras de gestão, porém há práticas que dificultam ou emperam novas construções. A dificuldade no sistema reside não somente nas estratégias utilizadas, como também nas condições de trabalho que, muitas vezes, inviabilizam uma análise teórica e prática consistente das situações que paralisam ou dificultam a prestação de serviços públicos.

## **A CULTURA DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: COMO A GESTÃO É AFETADA?**

A compreensão da cultura de uma organização de saúde é elemento fundamental para a análise de como ela se manifesta nos indivíduos, nos grupos e na própria

organização pública de saúde, considerando as relações com as questões de saúde e doença.

A doença, segundo Leal (1992), produz uma relação entre o biológico e o social, uma vez que atinge o corpo e a estrutura do indivíduo, assim como a ordem social, não sendo possível demandá-la apenas como objeto de explicação biomédica, porque ultrapassa o corpo individual e o diagnóstico médico. Essa configuração requer a busca do sentido mundo-sociedade, tendo em vista que a doença passa a ser percebida à medida que o uso social do corpo começa a apresentar sinais de fragilidade, ameaçando não apenas ao indivíduo, mas também o seu entorno social.

Adam e Herzlich (2001, p. 70) introduzem mais elementos à discussão quando afirmam que a doença tem caráter individual, social e cultural. Essa última instância é considerada igualmente importante, pois “fornece ao indivíduo os limites dentro dos quais operam-se essas interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a doença e seus sintomas”. Assim, segundo a cultura dos povos, observa-se uma diferenciada percepção e expressão em relação à doença na sociedade em questão. Nesse caso, a linguagem usada não é a do corpo, mas da sua relação cultural com a sociedade.

Muitos critérios socioculturais fornecem um modelo explicativo de doença, como, por exemplo, vida agitada, sedentarismo, poluição, alimentação inadequada, exclusão social, etc. Nesse cenário, a concepção de saúde corresponde a um

estado de equilíbrio indicador do domínio, por parte do indivíduo, das pressões e exigências da sociedade. Muitas outras representações sobre doença e saúde são citadas por estudiosos; porém, os estudos sociológicos têm trazido novos debates ao tema, especialmente a questão sobre a existência de um saber “profano”, independentemente do pensamento médico e de outras variabilidades decorrentes das visões de mundo, trabalho, cultura e lazer dos diferentes grupos sociais.

Dadas essas considerações sobre saúde-doença e a multiplicidade de conjugações explicativas que tal relação permite antever, torna-se necessário abordar a cultura organizacional, entendida como “sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros” (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN, 1999, p. 196).

As questões culturais afetam consideravelmente as organizações e o nível de qualidade de seus membros. Segundo Schermerhorn, Hunt e Osborn (1999), a adaptação externa (atingir metas e lidar com as pessoas de fora), visando à missão da organização por meio de um processo interativo e à integração interna (criar uma identidade coletiva e descobrir formas de combinar métodos de trabalho com a vida), representa as funções de uma cultura organizacional.

A partir da década de 1990, surge a chamada “organização multicultural” de Taylor Cox, voltada para a valorização da diversidade. Alguns problemas relativos à

implementação desse programa são especificados, como a inviabilidade de separar a cultura da organização da cultura geral e eliminar alguns grupos já estabelecidos socialmente para poder alcançar as metas, uma vez que suas prescrições servem para populações heterogêneas. No entanto, há aspectos que são observáveis em qualquer cultura, como a experiência coletiva de seus membros, tanto pela prática do cotidiano quanto por suas descrições sobre os incidentes mais importantes da história da organização. Histórias, ritos, rituais e símbolos trazem importantes informações acerca do compartilhamento dos membros da organização.

Um bom sistema de gerenciamento deve, portanto, apoiar e reforçar a cultura da organização, ajudando a criar novas culturas, caso não existam. O desenvolvimento organizacional, utilizado para melhorar o desempenho das organizações, oferece uma abordagem sistemática à mudança planejada em metas de processo (melhorias na comunicação, na interação e na tomada de decisões) e metas de resultado (melhorias de desempenho das tarefas). Após o diagnóstico, opera-se uma intervenção ativa e, finalmente, o reforço, que se apóia na reflexão e no planejamento das ações, sendo projetado para melhorar a eficácia do grupo e a eficácia individual (que significa a melhoria no desempenho na tarefa e a satisfação no trabalho). Utiliza também princípios básicos da ciência comportamental para pessoas, grupos e organizações, porque está comprometido com o empenho na colaboração e com os valores

humanos.

Cavedon (2003) afirma que o gerenciamento da cultura é extremamente complexo, porque há várias culturas em um mesmo espaço organizacional. Sua definição de cultura organizacional traz a idéia de “redes de significados que circulam dentro e fora do espaço organizacional sendo similarmente ambíguas, contraditórias, complementares, díspares e análogas, implicando ressemantizações que revelam a homogeneidade e a heterogeneidade organizacional”.

De acordo com essas considerações, e com base em Handy (1987), procurou-se relacionar a forma de cultura de uma organização de saúde com um dos deuses descritos pelo autor. A cultura de grupo, do deus Zeus, coaduna-se em parte com o tipo de administração, porque a divisão do trabalho baseia-se nas funções ou nos produtos. Assim, a organização exerce poder e influência de dentro para fora. Representa a tradição, o poder irracional e benevolente, o carisma e a impulsividade. A empatia, por sua vez, está relacionada com a afinidade e a confiança.

A cultura, nessa concepção, liga-se ao paternalismo e ao culto ao indivíduo. Todavia, a organização também tem características de Apolo quando procura a normatização racional, regida por algumas regras e procedimentos que garantam um mínimo de estabilidade e a previsibilidade das ações. A organização também está representada por Atenas quando funciona com várias unidades de comando, as quais são independentes, mas têm responsabilidades específicas. Finalmente, Dionísio está presente na

organização ao valorizar o talento ou a habilidade dos indivíduos nas tarefas.

Em suma, a organização de saúde observada, apesar de assemelhar-se à burocracia profissional, comporta outras características administrativas, tal como na descrição dos deuses de Handy (1987), comprovando existir uma mescla de várias escolas e tendências organizacionais. A organização está procurando sair da linha tradicional e enveredar por novos caminhos, buscando gradualmente a inovação, por meio de reuniões, simpósios e seminários com a participação dos técnicos, funcionários e direção para estudar, analisar e viabilizar novos fluxos e processos de trabalho integrado.

### **MAIS PALAVRAS: FINALIZANDO...**

A cultura da organização, como sistema de valores, ações e crenças compartilhadas, requer propósitos viáveis e investimento na valorização do potencial humano. No caso da organização de saúde, o seu espaço de formação corresponde tanto ao ponto de partida (composição teórica que dá suporte à ação gerencial) quanto ao de chegada da ação administrativa e pedagógica (intervenção da práxis).

Com isso, espera-se que uma maior articulação entre meios e fins estabeleça os limites da ação implementada. Nessa concepção, administrar significa transpor as barreiras das dificuldades e trabalhar com possibilidades de mudança. Para tanto, há de se continuar repensando o modelo burocrático pela articulação de planos, programas,

projetos e atividades, procurando integrar à missão aos objetivos e os esforços ao compromisso da melhoria da qualidade.

Entretanto, para que a organização de saúde avance rumo a uma concepção inovadora, é preciso repensar formas de gestão que produzam sujeitos mais críticos, criativos, comprometidos, participativos e solidários, que sejam identificados pela incrível capacidade de humanizar e humanizar-se. Citando Drucker (2000, p. 51), não se pode deixar de lembrar que “as decisões mais importantes na organização são as pessoas”, uma vez que “pela primeira vez na História, temos de aprender a administrar a nós próprios”.

## REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.
- BLAU, P. M.; SCOTT, R. **Organizações formais**. São Paulo: Atlas, 1979.
- CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- CAVEDON, A.R. **Anotações da disciplina cultura nas organizações de saúde**: curso de especialização em equipes gestoras do sistema e serviços de saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- DRUCKER, P. Você está preparado? **Revista Você S.A.**, São Paulo, n. 26, ago. 2000.
- HAMPTON, D.R. **Administração contemporânea**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- HANDY, C. **Deuses da administração**: transformando organizações. São Paulo: Vértice, 1987.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal**. Brasília: MS, 2001.
- KANITZ, S. O administrador como político. **Revista Veja**, n. 26, p. 22, 2006.
- LEAL, O.F. (Org.). Antropologia do corpo e da saúde II. **Cadernos de Antropologia**, n. 6, 1992.
- LIMA, L.C. **A escola como organização e a participação na organização escolar**. Braga: Universidade do Minho, 1998.
- MARTINS, M.C.N. **Humanização na saúde**. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>>. Acesso em: 03 ago. 2006.
- SCHERMERHORN, J.R.; HUNT, J.G.; OSBORN, R.N. **Fundamentos de comportamento organizacional**. Porto Alegre: Bookman, 1999.
- WEBER, M. **Ensaios de sociologia**. São Paulo: LTC, 2002.



# GESTÃO COMPARTILHADA E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

## SHARED MANAGEMENT AND HUMANIZATION IN WORKER'S HEALTH

**Adriana Skamvetsakis**

Médica do Trabalho com Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador.  
Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales.  
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.  
E-mail: [cerest.vales@santacruz.rs.gov.br](mailto:cerest.vales@santacruz.rs.gov.br)

### **RESUMO**

A Saúde do Trabalhador é um campo da saúde coletiva que, ao ser implantado no Sistema Único de Saúde (SUS), traz inerente em seus pilares os princípios da política de humanização. A construção e a implantação desse ousado modelo de atenção à saúde através da gestão compartilhada revelam-se como importantes fortalecedores e impulsionadores da humanização em saúde, embora sua efetivação ainda seja um grande desafio aos diversos atores envolvidos. Este estudo mostra a experiência do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales em sua trajetória desde a habilitação na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no processo humanizado de gestão e atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Saúde do Trabalhador. Gestão em saúde.

### **ABSTRACT**

Worker's health is a realm of public health that, when introduced to the Unified System of Health Care (SUS), brings in its basis the principles of the humanization policies. The construction and implementation of this daring model of health care through shared management is important by strengthening and spurring humanization in health, although its implementation is still a big challenge for all those involved. This research describes the experience at Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Regional Center of Reference in Worker's Health) throughout in its history since its accreditation with the Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (National Network of Full Attention to Worker's Health) in the humanized process of management and attention to the worker's health in the SUS.

### **KEY WORDS**

Humanization of assistance. Occupational health. Health management.

## REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002, sendo ampliada e fortalecida em 2005, visando à articulação intersetorial e entre as diversas esferas de governo (BRASIL, 2002, 2005). A implementação da RENAST pelo Ministério da Saúde resulta de um longo processo social de busca e construção de políticas públicas capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população, em geral, e dos trabalhadores, em especial, dotadas de novos modelos de atenção à saúde.

Segundo Mendes e Dias (1991), esse processo social foi expresso na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, sendo decisivo para a mudança de enfoque na Constituição Federal de 1988 e para a inclusão da Saúde do Trabalhador na Lei Orgânica da Saúde (LOS), que estabelece sua conceituação e define as competências do SUS nesse campo. A LOS, no parágrafo 3º do artigo 6º, define a saúde do trabalhador

como:

*[...] um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)*

Portanto, a saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública e coletiva, cujas ações devem ser desenvolvidas de maneira descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS. A RENAST, que tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS para o desenvolvimento dessas ações, surgiu como estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, através da implantação de uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), de abrangência estadual e regional. Sua função é oferecer retaguarda técnica para os demais serviços do SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do

vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (CEREST/Vales), inaugurado em 11 de maio de 2004, em Santa Cruz do Sul (município-sede), tem em sua área de abrangência 68 municípios da região dos Vales do Rio Pardo, Taquari e Jacuí, pertencentes às 2<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. O projeto de implantação do CEREST/Vales – fruto da articulação entre os movimentos sociais, especialmente os sindicais, e a gestão 1999-2002 do governo estadual, com a colaboração e o suporte da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – surgiu devido à percepção da inexistência, naquele momento, de qualquer atenção à saúde do trabalhador em Santa Cruz do Sul e região, apesar do que prevê a legislação vigente (AMADOR; SANTORUM, 2004; CORRÊA et al., 2004).

A participação dos sindicatos de trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), pertencente ao CMS, que foi motivada pela proposta de descentralização do SUS adotada pelo governo estadual da época (o financiamento de projetos municipais, com recursos da esfera estadual, somente poderia ser disponibilizado a partir da aprovação do Controle Social), mostraram-se estratégias eficazes de viabilização do CEREST/Vales. O primeiro resultado foi a elaboração do projeto da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador de Santa Cruz do Sul (UMREST/SCS), ação

conjunta entre a UNISC, a 13<sup>a</sup> CRS e o Controle Social.

A UMREST/SCS foi inaugurada em dezembro de 2001 de forma pioneira, já que foi a primeira unidade a ser implantada no interior do estado. Em maio de 2002, a I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul teve, entre as principais propostas apresentadas, a implementação dos 11 Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador previstos pela Secretaria Estadual de Saúde/RS. A habilitação na RENAST ocorreu em dezembro de 2002, através das duas comissões de saúde do trabalhador organizadas na época: uma no Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul e outra no Conselho Regional de Saúde da 13<sup>a</sup> CRS.

O movimento social de Santa Cruz do Sul e região e as plenárias dos Conselhos Regionais constituíram, então, o Conselho Gestor do CEREST/Vales, formado por representantes de usuários e gestores estadual e municipal, com o objetivo de viabilizar a sua implantação (AMADOR; SANTORUM, 2004; CORRÊA et al., 2004). Para a concretização do controle social na saúde do trabalhador em Santa Cruz do Sul, Amador e Santorum (2004, p. 123) destacam o esforço da CIST municipal, que “acabou assumindo uma série de funções que competem ao executivo municipal, tentando, com tal postura, 'empurrar' o processo para garantir que se cumprissem suas deliberações”.

Atualmente, o CEREST/Vales conta com equipe multidisciplinar, constituída por agente administrativo, motorista, servente

(equipe de apoio), assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeira, fisioterapeuta, médica do trabalho, médico pediatra, psicóloga e técnico de segurança no trabalho (equipe técnica). A equipe de profissionais foi definida conjuntamente entre os gestores (Secretarias de Saúde do Município-sede e Estadual) e o controle social (Conselho Gestor), com a colaboração da UMREST/SCS, considerando-se as características e demandas regionais, assim como as exigências previstas nas Portarias nº 1.679 e nº 2.437, da RENAST, e na Portaria nº 70/2003, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Está prevista a ampliação da equipe a partir da realização de concurso público para o provimento de cargos no município de Santa Cruz do Sul (BRASIL, 2002, 2005; RIO GRANDE DO SUL, 2003).

### **A Gestão do CEREST/Vales**

A participação da comunidade na gestão do SUS está prevista na Lei Orgânica da Saúde, através das seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990). A Portaria nº 2.437/2005, em seu artigo 5º, define que o controle social nos serviços que compõem a RENAST se dê pelas instâncias previstas na LOS (Lei nº 8.142/90 e Lei nº 8.080/90) e, no âmbito dos CERESTs, pela criação e implementação dos conselhos desses serviços (BRASIL, 2005).

A cláusula sétima da Portaria nº 70/2003 trata do controle social, através da instalação de um conselho gestor, com representação

dos gestores municipais, do gestor estadual, dos servidores e dos usuários do serviço, estando hierarquicamente subordinado ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e articulado à CIST do CES (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Percebe-se que a saúde do trabalhador é humanizada em essência, desde a sua construção social – cabe lembrar que esse campo originou-se na luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, inspirada no Movimento Operário Italiano (MOI) – passando pelo reconhecimento e pela valorização do saber do trabalhador, pelo entendimento da relação trabalho-saúde, pela atenção multidisciplinar ao usuário, pela busca de ações intersetoriais e interinstitucionais até a incorporação do controle social e da gestão participativa em todas as etapas.

O CEREST/Vales tem experimentado avanços e fortalecimento de suas ações devido, em grande parte, à adoção da gestão colegiada. Por ser um serviço de saúde de abrangência macrorregional, devendo articular-se com os demais níveis do SUS em um sistema de referência e contra-referência, não poderia ser de outro modo. A saúde do trabalhador é um campo da saúde pública que representa, para Brito (2005), um avanço em comparação a diferentes abordagens contemporâneas sobre a relação trabalho-saúde, permanecendo, entretanto, sem ser considerado de interesse geral da saúde coletiva.

Por outro lado, o CEREST/Vales enfrenta o desafio de superar o modelo ainda hegemônico de atenção à saúde centrado na assistência hospitalar especiali-

zada, alcançando a atenção integral com resgate da cidadania e humanização do cuidado. As ferramentas da saúde do trabalhador e as atribuições dos CERESTs são reconhecidas na teoria, em teses acadêmicas, porém ainda ousadas para as práticas de saúde. Em um país que atende demandas de doenças e tratamentos curativos, torna-se complexo entender uma estrutura de serviço na qual educação, vigilância epidemiológica e processos de trabalho sejam prioritários. Some-se a isso o conflito inevitável nas questões relacionadas à saúde e ao trabalho.

A gestão colegiada do CEREST/Vales está estruturada e é desenvolvida por meio de uma rede intrincada de atores, sendo importante esclarecer alguns aspectos:

- o financiamento do CEREST/Vales é dividido entre Estado e União, através de repasse ao Fundo Municipal de Saúde do município-sede Santa Cruz do Sul, sendo garantido pelas Portarias RENAST e SES/RS (BRASIL, 2002, 2005; RIO GRANDE DO SUL, 2003);
- Santa Cruz do Sul é a sede administrativa do CEREST/Vales, cabendo ao município a gestão dos recursos e a contratação de pessoal, segundo as normas vigentes;
- os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar estão vinculados ao município-sede, preferencialmente através de concurso público, mas têm atribuições de abrangência macrorregional;
- no RS, além dos Conselhos Municipais

e Estadual de Saúde, atuam os Conselhos Regionais de Saúde, existindo, atualmente, os conselhos das quatro regiões de abrangência do CEREST/Vales.

- além da gestão executiva do SUS, exercida pelo Secretário Estadual de Saúde e pelos Delegados Regionais e pela Secretária Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, participam as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) das regiões de abrangência do CEREST.

O Conselho Gestor do CEREST/Vales é, atualmente, constituído por 24 membros efetivos e 24 suplentes, com representação paritária entre movimentos sociais (usuários) e demais (gestores e trabalhadores da saúde), distribuídos igualmente entre a 8ª, a 13ª e a 16ª CRS (a 2ª CRS não tem assento no Conselho Gestor do CEREST/Vales por contar com apenas um município). A finalidade do Conselho Gestor é discutir, identificar, acompanhar, avaliar, deliberar e fiscalizar a execução das ações do CEREST/Vales. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente e são abertas aos interessados.

O Regimento Interno prevê a eleição da Coordenação do Conselho Gestor, composta por um coordenador (titular e suplente) e um secretário (titular e suplente). Cabe ressaltar que está garantida, nesse regimento, a representação do Gestor Municipal do Município-sede como membro efetivo do Conselho Gestor do CEREST/Vales. Assim, não há o que se poderia chamar de “disputa

de poder”, mas sim a busca de consenso e harmonia entre todos os partícipes. Existe, ainda, o cargo de coordenação do serviço, atribuído a um profissional da equipe técnica, sugerido pelo gestor municipal e aprovado pelo Conselho Gestor quando da implantação do serviço.

Entre as estratégias de gestão compartilhada, além das já descritas, incluem-se aquelas que propiciam a participação e a valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, a saber:

- planos de trabalho estabelecidos em equipe;
- reuniões de equipe técnica e de apoio semanais, nas quais está assegurada a participação de todos os profissionais;
- realização de planejamento estratégico situacional com toda a equipe e o facilitador externo ao serviço;
- incentivo de qualificação no trabalho, para todos os profissionais, em eventos promovidos pelo CEREST/Vales, outros CERESTs, movimentos sociais e sindicais ou instituições de ensino e pesquisa;
- garantia de que nenhum profissional da equipe tenha contrato precário de trabalho: em sua maioria, são servidores efetivos (concursados); alguns são admitidos através de contrato administrativo, mas com direitos assegurados pelo Estatuto dos Servidores Municipais, até a realização de novo concurso público;
- horários definidos para lanches coletivos: café da manhã de integração, realizado todas as segundas-

feiras, e disponibilidade nos demais turnos da manhã e tarde para momentos coletivos;

- área implementada para convívio, descanso e lanche da equipe de trabalho: uma sala de integração foi criada em um espaço previsto para outro consultório. Nela, além de mesa para refeições, há um mural para recados entre os trabalhadores, recordações de viagens de trabalho, etc.;
- intermediação para negociação entre trabalhadores e gestores;
- trabalhadores envolvidos com atividades de educação permanente e/ou cursos de qualificação;
- elaboração de documento com a descrição das atribuições específicas da equipe multiprofissional em conjunto com representantes do Controle Social e da equipe;
- participação de trabalhadores do CEREST/Vales em reuniões do Controle Social, como Conselhos de Saúde (municipal, regional e estadual), CIST (municipal e estadual), Conselho Gestor; em conferências sobre a saúde do trabalhador, de âmbito municipal, microrregional, regional, estadual e nacional; em reuniões das CIB regionais.

A gestão compartilhada no CEREST/Vales vem-se construindo e aprimorando, agregando novos elementos e viabilizando novas estratégias. Não está pronta e não é de fácil implementação. Compartilhar idéias

e espaços, dividir responsabilidades, apresentar propostas e soluções, ou seja, avançar para além das críticas requer – e ao mesmo tempo promove – um amadurecimento da equipe de trabalho. A complexidade das questões relacionadas à saúde do trabalhador, acrescida da ainda distante compreensão do modelo de atenção proposto pela RENAST e do escasso número de profissionais de saúde com formação na área são alguns dos desafios que têm sido enfrentados.

Contudo, vale destacar que a saúde do trabalhador talvez seja, entre os diversos campos da saúde pública, o que mais se aproximou do Controle Social, reconhecendo sua legitimidade de participação nas Políticas Públicas de Saúde. Prova disso é a instalação dos Conselhos Gestores em todos os serviços de referência em saúde do trabalhador, antecipando-se até mesmo ao funcionamento destes. Tampouco se pode deixar de salientar a inclusão de conselheiros de saúde e sindicalistas como agentes notificadores de suspeita de agravos relacionados ao trabalho e a previsão na legislação do SUS de participação em ações de vigilância aos ambientes de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2000; BRASIL, 1998).

Construir essa rede articulada de gestão, compartilhando responsabilidades e papéis, têm sido de uma riqueza incalculável, por vezes muito difícil e desgastante, mas também extremamente gratificante. A riqueza está, quem sabe, no olhar mais integral e humanizado que se forma acerca das questões e demandas apresentadas, que acaba por ser mais que a soma dos olhares

do técnico e do usuário, do gestor e do trabalhador, da coordenação e da equipe.

Talvez seja o mesmo princípio que permite passar do multidisciplinar para o interdisciplinar ou, melhor ainda, para o transdisciplinar. Da mesma forma, a gestão compartilhada busca ultrapassar essa multiplicidade e alcançar a “intergestão”, sem transgredir nem desrespeitar papéis constitucionais ou sociais. Para os partícipes, tal modo de gestão permite que sejam todos co-responsáveis, o que por certo exige maior comprometimento, mas também gera solidariedade e fortalecimento.

### **Gestão compartilhada: meta e ferramenta de humanização no CEREST/Vales**

Os marcos históricos de construção da saúde do trabalhador no Brasil – a reforma sanitária e o movimento operário italiano – tornam sua prática extremamente próxima da co-gestão e da humanização da saúde frente à valorização do saber do trabalhador. Ouve-lo, para além das respostas referentes a sintomas físicos, acolhê-lo e percebê-lo como um ser humano integral faz parte da prática cotidiana da equipe de saúde do trabalhador, constituindo, sem dúvida, uma modalidade humanizada de atenção à saúde. A extensão desse modo de atenção e de definição de diagnósticos e condutas é possível e desejável.

A gestão compartilhada ou gestão descentralizada e participativa apresenta-se tanto como meta (propiciar a participação e a valorização dos trabalhadores no processo

e gestão do trabalho) quanto como ferramenta para assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, para promover a educação permanente dos trabalhadores, para assegurar direitos dos usuários e do controle social, para implementar ações no âmbito da promoção da saúde e para organizar a atenção e a oferta de cuidados a partir da implementação de equipes interdisciplinares.

A experiência do CEREST/Vales de gestão compartilhada evidencia algumas conquistas nos outros eixos da Política Nacional de Humanização, viabilizadas ou garantidas pela participação de gestores, usuários e profissionais de saúde nos espaços de discussão, planejamento e decisão. Podemos destacar as seguintes:

- acolhimento a todos os usuários que procuram a unidade;
- agendamento por telefone, sem filas;
- participação de acompanhante durante o atendimento;
- discussão interdisciplinar para definição da atenção integral;
- otimização do atendimento;
- sistema de referência e contra-referência;
- consultas domiciliares;
- diagnóstico de situação e plano de ação, elaborados pela equipe interdisciplinar, contemplando objetivos/metapas, prazos e indicadores de avaliação;
- prontuário integrado implementado, preenchido por mais de um profissional da equipe;
- protocolos de referência e contra-

referência elaborados e implementados;

- agenda de educação permanente para os trabalhadores, através das “tardes de estudo”;
- biblioteca especializada, com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço;
- mecanismos de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente, internas e externas ao serviço;
- participação no pólo de educação permanente em saúde;
- incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço;
- liberação dos trabalhadores para participação em eventos externos;
- mecanismos implementados para compartilhamento das experiências e dos conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente;
- identificação dos profissionais através de crachás;
- disponibilização de material educativo-informativo de saúde do trabalhador para a população da área de abrangência;
- distribuição do boletim informativo UniverSUS do Trabalhador e de informes epidemiológicos produzidos pela equipe;
- orientações aos usuários quanto aos direitos à saúde, ao trabalho e à previdência;
- estímulo à participação e à organização social, visando ao resgate da cidadania e à inclusão;

- valorização da ambiência, com garantia de acesso para portadores de necessidades especiais, sala de espera com ambiente acolhedor, sala de reuniões e sanitários exclusivos para os trabalhadores;
- autorização de pagamento de despesas de membros do Conselho Gestor para participação em cursos, seminários, conferências e outros eventos similares, específicos da área da saúde, entre outros.

Acredita-se que a gestão compartilhada da saúde do trabalhador pode servir ainda como um provocador, com vistas à adoção de políticas públicas de gestão do trabalho que assegurem planos de carreira no SUS, estendendo a gestão participativa para todas as unidades públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AMADOR, F.S.; SANTORUM, K.M.T. Universidade, movimentos sociais e políticas públicas em saúde do trabalhador: potencializando redes. In: MERLO, A.R.C. (Org.). **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 95-126.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. de 1990. Seção I, p. 18055-18060.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. de 1990. Seção I. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 24 set. 2006.
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 183, 20 set. de 2002. Seção I. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2006.
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jul. de 1998. Seção I, p. 36.
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 236, 9 dez. de 2005. Seção I, p. 78-80.
- BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890, out./dez. 2005.
- CONSELHO GESTOR DO CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO DOS VALES. **Regimento interno**. Santa Cruz do Sul, 2006. 2 p.
- CORRÊA, M.J.M. et al. Política de atenção integral à saúde do trabalhador: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul. In: MERLO, A.R.C. (Org.). **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 289-316.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.
- RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 40.222, de 2 de agosto de 2000. Institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, n. 147, 3 ago. de 2000, p. 1-3.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 70, de 18 de dezembro de 2003. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 22 dez. de 2003, p. 36-37.



# A HUMANIZAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO GESTOR DE SAÚDE

## HUMANIZATION FROM THE HEALTH MANAGER'S POINT OF VIEW

**Sérgio Braga de Mello**

Membro do Comitê de Humanização da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.  
Representante da Associação de Secretários Municipais e Dirigentes de Saúde do Rio Grande do Sul.

E-mail: [sergiomello\\_saude@terra.com.br](mailto:sergiomello_saude@terra.com.br).

### **RESUMO**

É feita uma análise do papel do gestor municipal de saúde na política de humanização do município. É discutido seu papel nas relações profissional da saúde/paciente, na responsabilidade do gestor em manter essas relações em alto nível, para que a humanização faça parte da boa atenção ao paciente nas unidades de saúde.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Gestão em saúde. Relação profissional-paciente.

### **ABSTRACT**

An analysis is made of the role of the municipal health manager in the policy of humanization of the city. His role in the relations between healthcare provider and patient is discussed, as well as the responsibility of the manager in keeping these relations at a high level so as to make humanization part of the good attention provided to the patients in health units.

### **KEY WORDS**

Humanization of assistance. Health management. Professional-patient relation.

A humanização é uma nova visão do atendimento ao paciente tanto no sentido antropológico quanto no psicológico. Todos os profissionais da saúde são seres humanos, tal como os pacientes, mas nem todos podem ser chamados de humanizados (GARCIA, 2005, p. 95).

Segundo Rios (2003, p. 6), humanização significa:

- valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos;
- garantir condições para que os profissionais de saúde efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e para que possam participar como co-gestores do processo de trabalho;
- fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

O atendimento humanizado envolve várias questões que extrapolam a relação profissional/paciente. É a forma como o paciente é atendido e tratado, incluindo-se, nesse contexto, a conscientização sobre a

necessidade de ser visto como ser humano.

O paciente não é uma doença ou um doente apenas. É um ser humano, um indivíduo que tem família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ter sido, de uma hora para outra, extraído de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável a uma doença (GARCIA, 2005, p. 95). Por isso, conforme destaca Martins (2002, p. 25), deve-se levar em conta que:

- o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo;
- a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente;
- as necessidades de quem assiste e de quem é assistido interagem na instituição.

É visível que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde desumanizou-se. As novas tecnologias e as subespecialidades restringiram a disponibilidade do profissional em atender bem seus pacientes. De acordo com Garcia (2005, p. 96), são tópicos importantes na humanização do atendimento em saúde:

- o interesse e a competência do pro-

fissional;

- o diálogo entre o profissional e o paciente e/ou seus familiares;
- o favorecimento de facilidades para que a vida do paciente e/ou familiares seja melhor e para que se evitem aborrecimentos e constrangimentos;
- o respeito aos horários de atendimento.

A humanização deve abranger o conjunto de relações nas instituições de saúde: profissional de saúde/paciente, recepção/paciente, profissional/equipe, profissional/instituição. É função do gestor público de saúde regular e estimular a melhoria desse conjunto de relações. Muitos problemas podem ser resolvidos ou atenuados quando o paciente sente-se compreendido e respeitado pelo profissional de saúde, devendo esse oferecer uma maior receptividade e afeição àquele. É fundamental ao profissional da saúde incorporar o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais à tarefa assistencial, desenvolvendo a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente e a ouvir suas queixas.

Com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana. Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado, segundo diferentes experiências, e o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de

análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos (PUCCINI; CECILIO, 2005, p. 1343).

Para ganhar a força necessária que direcione um processo de mudança que possa responder aos anseios dos usuários e profissionais da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390), a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor da saúde. A humanização deve ganhar outra amplitude quando estamos implicados na construção de políticas públicas de saúde. De nada serve nosso esforço se isso não resultar em alterações nas práticas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

São necessárias mudanças nos processos de produção de saúde para que a política de humanização seja implantada nos serviços de saúde, culminando com a transformação das próprias práticas de saúde. A humanização constrói-se conjuntamente com a atenção à saúde e a gestão. É a partir dessas transformações que as práticas de saúde podem ser efetivamente alteradas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Não há como mudar os modos de atender a população nos serviços de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica da interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e participação, que são atribuições do gestor público de saúde. Ao gestor cabe criar um

espaço de negociação e ajuste das prioridades, de definição dos investimentos que são necessários, de organização dos projetos e de construção da política de humanização no município.

A organização das instituições é obrigada a prestar assistência a grandes setores da população, o que resulta na massificação do atendimento. No entanto, a burocracia emperrada, o custo operacional elevado, o grande número de clientes e o relativamente pequeno número de profissionais resultam em atendimento insatisfatório para todos (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 215). Humanizar a atenção e a gestão em saúde apresenta-se como um meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com vínculo e responsabilidade, valorização dos profissionais e usuários, com avanço da democratização da gestão (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 565).

É função do gestor público de saúde regular e estimular a melhoria desse conjunto complexo de relações. Muitos problemas podem ser resolvidos ou atenuados quando o paciente sente-se compreendido e respeitado pelo profissional de saúde, devendo este oferecer maior receptividade e afeição àquele.

Cabe ainda ao gestor a instituição de políticas de saúde voltadas à humanização, a melhoria do acesso aos serviços de saúde, a redução do tempo de espera, o espaço de negociação e ajuste das prioridades, a definição de investimentos e o manejo dos imprevistos. Esses aspectos também são de suma importância para que o atendimento

seja humanizado.

Existem instituições para as quais a humanização representa a melhoria da estrutura física dos prédios e dos equipamentos médicos. Todavia, esses fatores podem ser meramente pontuais se não estiverem inseridos em um amplo processo de humanização das relações institucionais (MARTINS, 2002, p. 26). Nesse aspecto, o gestor público de saúde tem responsabilidade em melhorar essas estruturas para que a instituição em si se humanize.

Os baixos salários, as más condições de trabalho, a falta de instrumental adequado, o excesso de demanda, a inadequada formação profissional, a carência de reciclagem periódica de conhecimentos, a concorrência não-constructiva, a exigência da eficiência, o autoritarismo, a liderança ineficiente ou ausente e a falta de comunicação geram conflitos que são deletérios, redundantes, repetitivos e insolúveis. Esses conflitos levam a uma queda do nível de atendimento por parte dos profissionais da saúde. A relação profissional de saúde-cliente na instituição é estruturada a partir dos conflitos da relação profissional-instituição e cliente-instituição.

Em muitas instituições, a dominação, a pressão e o rigor hierárquico formam a tônica do funcionamento da equipe de saúde. Esse clima pode ser mais ou menos evidente, mais ou menos atenuado, e os conflitos decorrentes dessa situação tendem a ser resolvidos com prepotência (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 215). O papel do gestor público de saúde é o de impedir que os conflitos sejam gerados. Faz

parte da humanização da saúde, de responsabilidade do gestor, a contratação de profissionais em número suficiente para o atendimento de toda a demanda, com condições dignas de trabalho, a aquisição de melhores equipamentos, a abertura de novos serviços, a melhoria dos salários e das condições de trabalho. Só assim os profissionais da saúde podem melhor atender os usuários, de uma maneira mais humana e respeitosa.

Segundo o Ministério da Saúde, a proposta da humanização busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo, atualmente inerente às relações de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os atores na qual profissionais de saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de todo o processo. Para que essa interação seja implementada, devem ser garantidos:

- o compartilhamento das decisões e responsabilidade;
- a construção coletiva do planejamento e da gestão;
- a construção de espaços de discussão e reflexão, em que se reconheça a importância das dimensões sociais nas práticas de promoção e gestão na saúde.

É fundamental descobrir a própria identidade da instituição. Algumas instituições conseguem fazer uma verdadeira revolução que resulta em maior satisfação da equipe e em melhor atendimento ao usuário, centralizando esforços na construção de uma aliança forte e solidária entre o

gestor e os servidores (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 215).

## REFERÊNCIAS

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- \_\_\_\_\_. Humanização da saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- GARCIA, E. **O humanismo na busca da satisfação do paciente**. Goiânia: AB, 2005.



# POLÍTICA E NORMAS EDITORIAIS

## EDITORIAL POLICY AND RULES

### **POLÍTICA EDITORIAL**

#### ***Identificação***

Com início em 1969, o Boletim da Saúde é um periódico de divulgação, inicialmente publicado pela Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul. De 1974 até 1980, sua publicação realizou-se em convênio com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - SESP. Desde 1981, a Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul - SSMA, passou a ser responsável pela revista. Em junho de 1986, houve uma interrupção em sua edição, sendo reeditada em 1999/2000, com um novo projeto editorial.

#### ***Objetivos***

O Boletim da Saúde tem como objetivo divulgar a produção técnica e científica e promover a disseminação de experiências para a formação do conhecimento necessário para apoiar os processos de mudança e construção de novas práticas em saúde.

### **EDITORIAL POLICY**

#### ***Identification***

Beginning in 1969, the Boletim da Saúde is a divulging periodical, which was initially published by the Rio Grande do Sul State Health Affairs Department. From 1974 to 1980, its publication was done in agreement with the Special Service of the Public Health Foundation - SESP. Since 1981 the Public Health School of the Rio Grande do Sul Health and Environment Department - SSMA has been in charge of the magazine. In June 1986, there was an interruption of its edition, being resumed in 1999/2000 with a new editorial layout.

#### ***Goals***

The Boletim da Saúde aims at divulging the technical and scientific production and promoting the dissemination of experiences for the construction of the knowledge necessary to support the processes of change and construction of new health practices.

### **Responsabilidade**

As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das referências e citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores.

### **Seleção dos trabalhos**

Os trabalhos recebidos para publicação no “Boletim da Saúde” serão encaminhados para apreciação de dois avaliadores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo também os nomes dos autores.

### **Trabalhos já publicados**

Serão aceitos trabalhos já publicados em outros periódicos, desde que autorizados pelo Conselho Editorial do periódico em que o artigo tenha sido originalmente publicado.

### **Envio do artigo**

Os trabalhos, para a apreciação do Conselho Editorial, devem ser enviados para o Centro de Informação e Documentação em Saúde - CEIDS, Avenida Ipiranga 6311 - Bairro Partenon - CEP 90610-001 - Telefones: (51) 3901 15 03 - 3901 14 96 - e-mail: boletimdasaude@saude.rs.gov.br

### **Responsibility**

The opinions given in the articles, the accuracy, adequacy and origin of the references ,as well as the bibliography, are solely the authors' responsibility.

### **Selection of Articles**

The articles received to be published in the “Boletim da Saúde ” will be sent for evaluation by two experts, whose names will be maintained in secrecy, the authors' names will also be omitted.

### **Articles already published**

Articles already published in other periodicals will be accepted, as long as authorized by the Editorial Board of the periodical in which the article was originally published.

### **How to send the articles**

The articles, to be appreciated by the Editorial Board, shall be sent to the Centro de Informação e Documentação em Saúde - CEIDS (Health Documentation and Information Center), Avenida Ipiranga 6311 - Bairro Partenon - CEP 90610-001 - Phone numbers: (55) (51) 3901 15 03 and 3901 14 96 - e-mail: boletimdasaude@saude.rs.gov.br

## **Políticas de publicação**

A revista reserva-se o direito de sugerir mudanças no texto, visando a manter o nível da publicação, respeitando o estilo dos autores. A revista manterá a guarda dos originais durante o período de 12 meses.

## **NORMAS EDITORIAIS**

As matérias a serem elaboradas devem ter como eixo temático a saúde pública e saúde coletiva, estruturados em:

- artigos de periódico - originais, inéditos ou de revisão;
- ensaios e reflexões;
- relatos de experiências;
- estudo de caso;
- notícias de projetos de pesquisa ou de ação, sob forma de notas ou resumo;
- resenhas (resumos de textos lidos e importantes para divulgação);

## **DEFINIÇÃO DAS ESTRUTURAS**

**Artigo de periódicos** - Texto com autoria declarada, que apresente e discuta idéias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento. O artigo pode ser:

- original, quando apresenta temas ou abordagens próprias;
- de revisão, quando resume, analisa e discute informações já publicadas.

## **Publication Policies**

The publication has the right to suggest changes to the text, aiming at maintaining its level, respecting the authors' style. The publication will maintain the originals for 12 months.

## **EDITORIAL RULES**

The texts to be developed shall have as subject matter public and collective health, structured as:

- Periodical articles - original, unpublished or review;
- Essays and reflections;
- Experience reports;
- Case study;
- News of survey or action projects, presented as notes or abstracts;
- Reviews (summary of the texts which were read and are important to divulge);

## **STRUCTURE DEFINITIONS**

**Periodical article** Text with declared authorship presenting and discussing ideas, methods, techniques, processes and results in different areas of knowledge. The article can be:

- original, when it presents the author's own subject matters or approaches;
- review, when it summarizes, analyzes and discusses information already published.

**Ensaio e reflexões** - textos analíticos resultantes de estudos, pesquisas e revisões.

**Relatos de experiências** - apresentação de experiência profissional, com base em estudos de casos de interesse, acompanhados de comentários sucintos, úteis para a atuação de outros profissionais na área.

**Estudo de caso** - um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular. É uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real.

**Notícias de projetos de pesquisa ou de ação** - em formato de resumo.

**Resenhas** - de maneira genérica, a recensão ou resenha designa um tipo de trabalho de síntese, análise resumida ou arrolamento de produções científicas, ou exposição sintética de assuntos tratados em uma obra. A recensão crítica analisa, em profundidade, o assunto, conferindo apreciação do valor informativo da obra. Geralmente, é elaborada por especialistas da área em questão.

**Resumos** - apresentação concisa dos pontos relevantes de um texto. Resumo Informativo - informa ao leitor, para que este possa decidir sobre a conveniência da leitura do texto inteiro. Expõe finalidades, metodologia, resultados e conclusões.

**Essays and reflections** analytical texts resulting from studies, researches and reviews.

**Experience report** - presentation of professional experience, based on interesting case studies, followed by succinct comments, useful for other professionals of the area.

**Case study** - a case study refers to an intensive analysis of a particular situation. It is an empirical inquiry, investigating a contemporary phenomenon within the context of real life.

**News on research or action projects** - abstract format.

**Reviews** in a generic way, a review denotes a kind of synthetic work, a summarized analysis or scientific production inventory, or a synthetic exposition of subject matters treated in a work. A critical review analyzes, in depth, the subject matter, checking the informative value of the piece. In general, it is developed by experts.

**Abstracts** a concise presentation of the relevant points of a text Informativo summary it informs the reader in order that he/she may decide on the convenience of reading all the text. It shows the objectives, methodology, results, and conclusions.

## **Orientações Gerais para Apresentação dos Originais**

Todos os trabalhos devem ser enviados em duas cópias impressas em papel e em disquete no editor de textos *Word for Windows*, com espaçamento entre linhas de 1,5, margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm, fonte Arial 12, com, no máximo, 15 páginas.

A primeira página (folha de rosto) deverá conter apenas o título do trabalho, versão, em inglês, do título, nome(s) completo(s) do(s) autor (es), indicando o responsável pela correspondência, nome e endereço(s) da instituição a que está (estão) vinculado(s), além de breve currículo do(s) autor (es).

Recomenda-se que os trabalhos tenham a seguinte estrutura:

- **título** - (em negrito, em letras maiúsculas) conciso e informativo na língua do texto e em inglês;
- **autoria** - (centralizada, abaixo do título) nome completo de cada um dos autores, titulação mais importante de cada autor, instituição ao qual está vinculado e endereço eletrônico;
- **resumo** - informativo, com extensão de até 250 palavras;
- **palavras-chave** - Indicar até 4 descritores, que são termos ou expressões indicativas do conteúdo do trabalho. Utilizar termos integrantes da lista publicada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de

## **General Guidelines for the Original Presentation**

All the works shall be sent in two printed copies in paper and diskette (*Word for Windows*), space between lines: 1.5; left and top margin: 3 cm, and right and bottom margin: 2 cm; font: Arial 12; with 15 pages at most.

The first page (title page) shall only contain the title of the work, the version into English of the title, complete name(s) of the author(s), indicating the responsible for the correspondence, the name and address of the institution to which they are linked, besides a brief curriculum of the author(s).

It is suggested that the works have the following structure:

- **title** - (in bold and capital letters) concise and informative in the language of the text and in English;
- **authorship** - (in the middle, below the title) complete name of each one of the authors, the most important degree of each author, the institution to which he/she is linked and e-mail address;
- **abstract** - informative, up to 250 words;
- **key words** Indication of up to 4 descriptors, which are terms or expressions indicating the content of the work. Utilization of terms integrating the list published by the Latin-American and Caribbean

Informação em Ciências da Saúde - BIREME, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

- **abstract** - deverá ser uma versão em inglês do resumo em português;
- **key words** - deverá ser uma versão em inglês das palavras-chave;
- **texto** - podendo haver subtítulos sem numeração. As tabelas e figuras (fotos, quadros e ilustrações) deverão estar inseridas dentro do texto com espaço definido 7,5 cm ou 15,5 cm. Os gráficos deverão ser transformados em tabelas. As figuras deverão ser em preto e branco, não excedendo o total de 5.
- **referências** - devem aparecer listadas em ordem alfabética para facilitar a citação do trabalho. A exatidão das mesmas é de responsabilidade do(s) autor(es).

Os trabalhos devem seguir as normas abaixo:

- Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. **NBR 6023, NBR 10520.**
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Normas de apresentação tabular.**

Center on Health Sciences Information - BIREME, available on : <http://decs.bvs.br/>.

- **abstract** there must be an English version of the abstract in Portuguese;
- **key words** there must be an English version of the key words in Portuguese;
- **text** It can have subtitles with no numbers. The tables and figures (photos, tables and illustrations) shall be inserted within the text with a defined space of 7.5 cm or 15.5 cm. The graphs shall be changed into tables. The pictures shall be in black and white, up to 5.
- **references** They shall be listed in alphabetic order to facilitate work citation. The author(s) is (are) responsible for their accuracy.

The works shall follow the rules below:

- Brazilian Association of Technical Rules - ABNT. **NBR 6023, NBR 10520.**
- Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE. **Tabular Presentation Rules**