

Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica

The challenges to effective humanization hospital: perceptions of patients and professionals in a pediatric unit

THAYSE COSTENARO MORAIS*

DOLORES SANCHES WÜNSCH**



RESUMO – O artigo discorre sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto hospitalar sob a percepção dos familiares/cuidadores de crianças internadas e os profissionais da saúde com vistas a identificar os desafios e potencialidades que incidem nesta política. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas orientadas por um roteiro semiestruturado. Os resultados evidenciam a importância da comunicação entre equipe/usuário, sendo essa interação a principal tecnologia citada pelas entrevistadas. Identificou-se também o desconhecimento dos usuários sobre humanização e a dificuldade dos profissionais em participar de espaços em que a política é construída e discutida. Conclui-se que há necessidade de ampliação dos espaços de participação dos usuários e trabalhadores na construção de estratégias para o fortalecimento da PNH.

Palavras-chave – Residência multiprofissional. Humanização. Saúde da criança.

ABSTRACT – The article discusses the National Humanization Policy (NHP) in the hospital under the perception of family members/caregivers of children admitted and health professionals in order to identify the challenges and potentials that affect this policy. The methodology we used qualitative research through interviews guided by a semi-structured. The results show the importance of communication between staff / user, this interaction being the main technology cited by interviews. It was also identified lack knowledge about humanization and difficulty of professionals to participate in spaces where politics is discussed and constructed. The conclusion is the need to increase opportunities for participation of users and workers building strategies to strengthen the HNP.

Keywords – Multidisciplinary residency. Humanization. Child health.

* Assistente Social. Especialista em Saúde da Criança pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). E-mail: thayse@superig.com.br

** Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela PUCRS. Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. E-mail: doloressw@terra.com.br
Submetido em: março/2013. Aprovado em: junho/2013.

O presente artigo trata da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto hospitalar, discorrendo sobre os desafios para a sua efetivação a partir da aproximação com os familiares/cuidadores de crianças internadas em uma unidade pediátrica e os profissionais que atuam junto à mesma.

O estudo teve como objetivo conhecer a visão dos usuários e profissionais sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) na internação pediátrica de um hospital universitário com vistas a identificar os desafios e potencialidades no cotidiano hospitalar que incidem nesta política. Desta forma, possibilitou aos usuários e profissionais uma reflexão sobre o processo de hospitalização e necessidades relacionadas às crianças e familiares, reflexões essas que podem contribuir para a construção de estratégias da equipe multiprofissional para o fortalecimento da PNH.

A política de humanização iniciada em 2003 vem buscando colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2003). Compreende-se assim ser fundamental dar visibilidade à sua efetivação no contexto hospitalar a partir da identificação dos sujeitos envolvidos nesse processo, fundamentalmente os usuários e os profissionais da saúde.

A investigação buscou apreender como os sujeitos envolvidos vivenciam a realidade hospitalar tendo como referências as diretrizes da PNH. Teve como metodologia um estudo de caráter qualitativo, a partir de entrevistas com os usuários/cuidadores familiares das crianças internadas e dos profissionais da saúde que exercem suas atividades na Unidade de Internação Pediátrica. Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo questões abertas e em sintonia com os parâmetros de ações na Atenção Hospitalar. Para os usuários cuidadores, utilizaram-se as seguintes referências: relação com a equipe; relação com a instituição, ambiência hospitalar. Com os profissionais da saúde buscou-se conhecer o processo de trabalho, a relação com os usuários e a instituição, qualificação e valorização profissional e efetivação da PNH.

Dessa forma, apresenta-se, nesse artigo os resultados da presente investigação, sendo que, inicialmente faz-se um breve resgate histórico, a partir do movimento de Reforma Sanitária, que originou o SUS, bem como as experiências nos primeiros anos de sua implementação, que culminaram com o debate e a proposta de uma política de humanização do atendimento, para finalizar com a percepção dos sujeitos que são a razão de ser dessa política.

Os caminhos do SUS e a Política Nacional de Humanização

O final da década de 80, o Brasil foi marcado por movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. A realidade social, nesse período, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía.

O movimento de Reforma Sanitária consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e contou com a intensa participação da sociedade civil organizada, além de técnicos e gestores do setor saúde, que discutiram e propuseram um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final (BRASIL, 1986), a saúde passou a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

Essa nova definição do conceito de saúde e as novas propostas de organização do sistema serviram de base para o fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) que, pela Constituição Federal de 1988, regulamentou a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a

organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. Recentemente, o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei 8.080 visando dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O modelo de sistema único proposto traz como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e integralidade, e como princípios organizacionais a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização, a participação dos cidadãos através do controle social e a complementaridade do setor privado. A partir de sua efetivação, o SUS, embora tenha obtido algumas conquistas desde que foi criado, enfrenta grandes dificuldades para efetivar sua total implantação.

A experiência cotidiana de atendimento da população nos serviços de saúde nos primeiros anos da implementação do SUS e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços trouxeram conclusões surpreendentes. Nelas comprovava-se que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. No entanto, na avaliação do público, a forma do atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores mais valorizados que a falta de médicos, de espaço nos hospitais e de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2001).

Assim, a PNH surgiu como resposta à insatisfação dos usuários do SUS no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais da saúde. Segundo pesquisas do Ministério da Saúde junto aos usuários do SUS, o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não estavam sendo acompanhados de um atendimento humanizado (PESSINI; BERTACHINI, 2004). Nesse sentido, são consideradas parte do avanço científico a ideia de tecnologias em saúde, sendo a leve expressa pela comunicação, pelas relações de acolhimento e pela construção de vínculos que auxiliam na tradução das necessidades de saúde dos usuários. A dura e leve-dura podem ser representadas, respectivamente, pelo material concreto de tecnologia, normas, rotinas e estruturas e pelos saberes que orientam cada disciplina específica em saúde (MERHY, 1997).

Ao fazer a análise do SUS, o Ministério da Saúde identificou uma série de contradições entre os direitos garantidos por lei e a realidade dos hospitais. Corroborando esta discussão, no mesmo ano de 2000, a construção de um programa de humanização ocupou posição de destaque nos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde, sob o título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

Como resultado dessas discussões, no decorrer do ano de 2000 surgiu o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que 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. Assim, a PNH foi criada, em 2003, buscando efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão em todos os níveis de complexidade, visando qualificar a saúde pública no Brasil e valorizar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010).

No âmbito hospitalar, a implementação da PNH traz importantes desafios considerando o objetivo principal, que busca difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira. Esta mudança exige uma série de ações que se referem à capacitação de profissionais, ao estímulo a participação de trabalhadores e usuários nos processos decisórios, ao debate e transformações dos processos de trabalho, ou seja, à constante concepção e implantação de novas iniciativas de humanização dos hospitais, que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.

Em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde inicia a condução de uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS. Esta política surgiu a partir de um caráter transversal, visando atingir todos níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma

transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas ações e serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o processo de humanização busca reverter um quadro de mecanismos, automatismos ou tecnicismos, atualmente inerente às relações de trabalho, em determinados setores ou grupos de trabalhadores, fruto do processo histórico de condução desta política. Para isso deve-se investir na construção de um novo tipo de interação entre os atores na qual profissional da saúde, gestores e usuários sejam sujeitos de um processo e não objeto dele.

A PNH, como estratégia para garantir os princípios do SUS, carrega consigo inúmeros desafios que estão presentes nas antigas contradições que perpassam o campo da saúde, em particular na atenção terciária, tendo em conta a coexistência de perspectivas de gestão e o modelo de atenção fortemente hierarquizados e centralizados.

A Política Nacional de Humanização no contexto da internação pediátrica: o olhar do residente

Os desafios colocados para o processo de humanização no contexto hospitalar foram percebidos cotidianamente a partir da inserção como residente na unidade de internação pediátrica em um hospital universitário. Trata-se do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na qualidade de hospital público geral e universitário, é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo assistência integral à saúde de todo cidadão, além de formar e qualificar profissionais.

Uma das propostas de qualificação profissional se dá na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HCPA, que tem por objetivo especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde de forma interdisciplinar, assegurando os princípios do SUS.

Dentre os espaços de atuação dos residentes multiprofissionais, o campo da saúde da criança propõe atendimento integral à família, intervindo frente à situação vivenciada de adoecimento da criança, visando propiciar a compreensão do tratamento e do processo saúde-doença, garantindo informações sobre o acesso aos direitos sociais que auxiliarão o enfrentamento da situação.

A internação de uma criança traz inúmeras mudanças no contexto familiar que repercutem durante a hospitalização. A criança, por se encontrar em situação peculiar de desenvolvimento, reage muitas vezes de maneira negativa frente à necessidade de internação, que já se mostra traumática por envolver doença, dor, exames, medicações entre outros estressores. Portanto, para minimizar ou evitar os traumas da hospitalização, o ambiente hospitalar para as crianças não pode se limitar ao leito, devendo a unidade pediátrica fornecer condições que atendam às necessidades físicas, emocionais, culturais, sociais, educacionais e de desenvolvimento da criança (LIMA; JORGE; MOREIRA, 2006).

A família ou cuidador¹, neste contexto, também enfrenta dificuldades que passam pelo afastamento de casa (onde muitas vezes existem outras crianças necessitando de cuidados), afastamento do trabalho, angústia pelo adoecimento do filho, permanência em um ambiente estranho, onde existem normas e protocolos que devem ser rigorosamente seguidos. Além dessas dificuldades, as crianças, por residirem muitas vezes em cidades e até estados distantes, não recebem visitas, o que para o cuidador significa impossibilidade de revezar o acompanhamento à criança. Todas essas mudanças contribuem para um nível de estresse muito grande nas famílias, que se visualiza no contato diário com a equipe multiprofissional (GUARESCHI; MARTINS, 1997).

Por sua vez, a equipe multiprofissional deve ser capacitada para lidar com as demandas trazidas por crianças e familiares, o que exige um preparo de todos profissionais para enfrentar as dificuldades existentes no ambiente de trabalho. Além do conhecimento técnico exigido de cada profissão, que impõe

a necessidade de constante aprimoramento, os trabalhadores da saúde também devem manter seu processo de trabalho em consonância com as diretrizes do SUS.

Ao encontro da preocupação com uma política de atendimento à criança, destaca-se a Carta da Criança Hospitalizada, elaborada em 1986 por várias instituições europeias, que tem como princípio a humanização no acolhimento deste público específico. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou, em 1995, os 20 Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, aprovado pela 27ª Assembleia Extraordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Esse documento constitui o referencial de conduta para os profissionais que cuidam da criança hospitalizada, destacando o direito de informação sobre a doença e seu tratamento e a formação adequada da equipe de saúde, para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

Somando-se a legislação específica para a área da infância, a PNH apresenta-se como importante ferramenta no atendimento aos usuários do SUS, pois surgiu da necessidade de aperfeiçoar a qualidade e eficácia do atendimento, buscando na tríade trabalhador, gestor e usuário uma ideia de cogestão, onde todos constroem o sistema de saúde. Seu principal objetivo é contribuir para uma mudança nos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimulando a participação dos usuários e trabalhadores (BRASIL, 2010).

No HCPA, no Hospital, *locus* desse estudo, desde 2005 a PNH atua em consonância com a proposta de humanização como política institucional, aderindo às exigências do nível hospitalar, englobando mecanismos de escuta e participação dos usuários e profissionais (através de pesquisas de opinião e de clima organizacional), acolhimento, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Ouvidoria, ações de valorização da saúde dos trabalhadores, entre outros.

A aproximação com o tema deu-se a partir da inserção como residente na área de concentração saúde da criança, que permitiu identificar a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais que atuam na internação pediátrica. Foi a partir de indagações cotidianas que se buscou investigar: Qual o olhar dos usuários e dos profissionais de saúde frente à Política Nacional de Humanização adotada na internação pediátrica do Hospital Universitário de Clínicas de Porto Alegre?

Com finalidade de contribuir para o fortalecimento dessa política, a pesquisa apresentada nesse artigo voltou-se ao estudo sobre a PNH em consonância com a política de saúde da criança na área de internação pediátrica.

Metodologia

A metodologia se caracteriza por ser o caminho que o pesquisador irá percorrer para chegar ao objetivo proposto. Assim, o presente estudo foi orientado pelo método dialético crítico, pois este “contempla no processo investigativo o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade [...]” (PRATES, 2003). Este método é o que melhor se aproxima da realidade, e em especial no presente estudo, que tem como parâmetro a Política Nacional de Humanização que busca promover mudanças na cultura de atendimento no SUS, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde que fazem parte desse sistema. A pesquisa teve cunho qualitativo, com caráter descritivo. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular dos fenômenos estudados, enfatizando o significado, valores, motivos e crenças e não a frequência dos fenômenos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Na pesquisa qualitativa, o nível de realidade não pode ser quantificado e não pretende alcançar a verdade, devendo preocupar-se com a prática que se dá na realidade e com a compreensão sobre o agir e o fazer do ser humano (MINAYO, 2000).

A pesquisa teve como sujeitos os usuários/cuidadores de crianças internadas e os profissionais da saúde que exercem suas atividades na Unidade de Internação Pediátrica. O processo de seleção dos

usuários deu-se pela análise de prontuário, onde foram identificados os pacientes internados por pelo menos sete dias, sendo feito, então, sorteio simples para a escolha dos entrevistados. Foram excluídos pacientes internados pela equipe de Psiquiatria, por envolver equipe e atendimento diferenciados. Os trabalhadores foram funcionários ou residentes, selecionados por sorteio simples, sendo identificados e codificados por números. O profissional convidado não necessitava necessariamente ter atendido a criança/famílias entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas na unidade de internação, e os participantes foram cinco usuárias mães de pacientes e três profissionais. Os familiares entrevistados foram mães de crianças internadas e estão identificados como *Usuária 1, 2, 3, 4, e 5*. Os trabalhadores não terão suas profissões identificadas e foram designados como *Trabalhador 1, 2 e 3*. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As documentações relativas à pesquisa serão arquivadas por um período de cinco anos, conforme exigência da Lei de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Clínicas de Porto Alegre. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa.

Os desafios para a efetivação da humanização hospitalar sob a ótica dos sujeitos envolvidos: alguns resultados da pesquisa

Buscando contribuir para a qualificação das ações de humanização já implementadas no Hospital Universitário HCPA, o presente estudo visou contemplar os princípios preconizados na PNH de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. Esses princípios orientaram a entrevista com os sujeitos envolvidos, ou seja, os usuários e os trabalhadores da unidade de internação pediátrica trazendo as suas percepções acerca de questões presentes em seu cotidiano, as quais estão representadas na relação usuário e equipe, na relação usuários e profissionais em relação ao hospital, na ambiência hospitalar, e conhecimento sobre a política de humanização.

A percepção dos usuários

A aproximação com os familiares das crianças internadas na unidade de internação pediátrica possibilitou adentrar na realidade vivenciada pelos mesmos em vários contextos indissociáveis: hospitalar, familiar, social e econômico. Portanto, conhecer e estabelecer relações através das condições de vida e trabalho da população de acordo com os determinantes próprios de cada grupo é imprescindível para combater as iniquidades de saúde (BATISTELLA, 2007). Na maioria das vezes, a realidade é ocultada pela situação de adoecimento familiar, pela “fragmentação” do sujeito do seu meio. Desta forma, optou-se por fazer uma breve caracterização dos sujeitos, buscando dar visibilidade às condições de vida e necessidades que repercutem mutuamente na situação de saúde da criança internada e suas necessidades ampliadas durante a internação.

Evidenciam-se o motivo da internação, tempo e número de internações, local de moradia, composição familiar e as diferentes expressões da questão social que estão presentes no contexto desses sujeitos, os quais estão representados pelo desemprego, doença do próprio cuidador, violência, entre outros, conforme sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados

	MOTIVO DA INTERNAÇÃO DA CRIANÇA	TEMPO DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	ORIGEM	COMPOSIÇÃO FAMILIAR	EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL
USUÁRIA 1	Coqueluche	22 dias	4	Porto Alegre	Mãe, padrasto e dois irmãos	Desemprego. Baixa renda. Doença crônica do cuidador. Violência.
USUÁRIA 2	Investigação com pneumologia	1 mês e duas semanas	Internado desde o nascimento, transferido de outro hospital	São José do Norte	Pai e mãe	Baixa renda. Baixa escolaridade. Ausência de rede familiar de apoio.
USUÁRIA 3	Problemas respiratórios decorrentes de Síndrome de Vater	1 mês e 20 dias	19	Porto Alegre	Mãe	Afastamento do trabalho. Ausência de rede familiar de apoio. Dificuldades em acessar direitos sociais.
USUÁRIA 4	Síndrome de West	3 meses	16	Porto Alegre	Mãe, avó materna e dois irmãos	Afastamento do trabalho. Dificuldade em acessar direitos sociais.
USUÁRIA 5	Problemas congênitos diversos	1 mês e 15 dias	Internado desde o nascimento, transferido de outro hospital	Rio Grande	Pai, mãe e irmã	Afastamento do trabalho.

Fonte: Entrevistas.

A percepção dos usuários sobre a humanização perpassou diferentes aspectos do cotidiano hospitalar, de acordo com o roteiro semiestruturado da pesquisa. Entretanto, é importante destacar e reconhecer que foi imprescindível, ao iniciar as entrevistas com as usuárias, ouvindo-as no que tange à realidade social vivenciada pelas mesmas, as quais, conforme já mencionado, estão contidas no Quadro 1, fundamentalmente a situação está relacionada ao trabalho e à família.

Emerge da investigação a relação dos familiares com os profissionais de referência como um dos pontos mais valorizados pelas entrevistadas. Cabe destacar que a maioria das crianças selecionadas encontrava-se em internação prolongada, tendo estado hospitalizadas desde o nascimento ou enfrentado diversas internações por conta de complicações decorrentes de seu diagnóstico. Evidencia-se também que, dentre as famílias selecionadas, as mães são as principais cuidadoras dos filhos durante a hospitalização, assumindo quase a totalidade dos cuidados.

Todos os relatos trouxeram exemplos de mudanças acarretadas pela complexidade do cuidado exigido a partir do diagnóstico, pelas internações frequentes ou prolongadas. Destacam-se abandono do trabalho, ausência ou frágil rede de apoio familiar e social, adoecimento do cuidador, afastamento da família por longos períodos, preocupação com filhos e outros familiares que estão em casa.

Eu não vou poder retornar para o trabalho, porque não vai sobrar para pagar alguém para cuidar dos meus outros filhos. Eu ganho pouco e ninguém da família

pode me ajudar. Aliás, o maior tava de aniversário e eu não pude ter alta pra reunir os irmãozinhos [...] (Usuária 1).

No trabalho em saúde comandado pelas relações entre os diferentes sujeitos implicados (usuários, trabalhadores e gestores), a tecnologia leve destaca-se por valorizar o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão do processo de trabalho (MERHY, 2002). Assim, a constante e obrigatória interação dos usuários com a equipe profissional torna a tecnologia leve como a mais valorizada pelas entrevistadas. A relação de confiança com a equipe surgiu como principal categoria, conforme ilustram as seguintes falas:

[...] as mães estão aqui preocupadas, então ela tem que ter um pouquinho de confiança porque são bebês pequeninhos [...] (Usuária 1).

E quanto mais informações eu obtiver da equipe que trata dele, que precisam ser pessoas de minha confiança, melhor para o meu filho (Usuária 4).

A interação entre a equipe e os usuários está presente na proposta da Clínica Ampliada, que consiste em um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar para além dos “pedaços” fragmentados, considerando o diálogo com os sujeitos e a valorização de seus saberes e estratégias para a qualificação dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Entretanto, as entrevistadas relataram que frequentemente percebem não haver reconhecimento sobre seus saberes, desconsiderando ou anulando seu “papel de mãe” no que se refere ao tratamento ou reconhecimento de sintomas apresentados pelos filhos:

[...] o que eu quero falar é que falta acreditar mais nas mães... (Usuária 3).

Porque eu tenho conhecimento assim, como mãe, sobre meu filho. Que nem eu te falei, são sinais que ele mostra, que eu sei que isso não é o normal dele (Usuária 4).

Na perspectiva do acolhimento como dispositivo de humanização (FALK et al., 2010), em que o desenvolvimento da autonomia exige a aproximação entre os sujeitos e a valorização da fala e da escuta, as mães relatam:

Eu vejo esse relacionamento da equipe com a família como uma troca, uma vez que eles não podem dar um diagnóstico sem que nós digamos pra ele o que está acontecendo. Então eles precisam dessa troca, isso faz com que nós façamos quase parte daquela equipe (Usuária 4).

[...] tu tem que saber não só lidar com o paciente, tu tem que saber lidar com o familiar do paciente. Porque o familiar está mais frágil ainda que a criança (Usuária 3).

Estes depoimentos são reveladores no que se refere aos desafios da política de humanização, e ao mesmo tempo reiteram a afirmação presente no primeiro documento oficial do Ministério da Saúde (2000) sobre humanização. O referido documento considera que a deficiência do diálogo e a debilidade do processo comunicacional entre usuários, profissionais e gestores constituem os principais entraves no cuidado prestado. A participação das mães diante da equipe condiz com um dos principais desafios impostos pela PNH, que é o da corresponsabilidade da gestão e atenção.

No que se refere à tecnologia dura, emerge dos usuários a menção ao fato de estar num hospital de excelência, com bem aparece na fala de uma usuária:

A gente tá dentro do hospital, que todo mundo diz que é melhor... (Usuária 2).

Me indicaram esse hospital [...] porque é referência, é onde o pessoal tem mais experiência (Usuária 4).

Essa indicação pode ensejar um visão preconcebida sobre o espaço hospitalar em que se encontra e assim indicar uma certa subalternização dos usuários diante da excelência do mesmo.

A complexidade da doença e as longas ou recorrentes internações dos filhos destacaram-se entre as usuárias entrevistadas. Nesse sentido, um dos dispositivos para amenizar o sofrimento dos familiares e pacientes passa pelo conceito de ambiência, que se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2004). Há uma grande preocupação com a limpeza do ambiente, pois as mães frequentemente relacionam o hospital com “bactérias ou contaminações” que possam prejudicar seus filhos.

Quanto a isso está tudo adequado, tudo limpo, acho que está tudo bem. Sobre isso não tenho queixa de nada (Usuária 1).

Limpeza é muito eficiente, porque toda hora eles tão limpando [...], enfim, a limpeza é fora de série (Usuária 5).

A estrutura e o ambiente hospitalar adquirem grande importância para essas mães por serem as principais ou únicas cuidadoras e por permanecerem longos períodos “hospitalizadas” com os filhos. Assim, destacou-se o quesito da confortabilidade,

Não teria como colocar uma cama do lado do leito, mas as cadeiras são bem ruins [...] (Usuária 3).

Conforto é impossível dizer que tu tem dormindo numa cadeira dessas, ainda mais pra quem está aqui há várias semanas. Eu, por exemplo, levantei de uma cesariana e não sei o que é descansar ou dormir uma noite (Usuária 5).

Outro aspecto central está nos espaços de participação dos usuários, mais especificamente, nos espaços existentes para opinarem sobre o atendimento recebido. No depoimento das usuárias, aparece o desconhecimento sobre os canais para expressarem sua opinião, mas ao mesmo tempo as que se utilizam desse recurso demonstram descrença sobre o efetivo alcance de sua opinião pelo hospital.

Eu já tive oportunidade de opinar naqueles papezinhos que eles dão na hora da alta. Eu nunca tive interesse de preencher esse negócio, nem sabia que tinha tanta importância [...] (Usuária 1).

[...] perguntaram no papelzinho em outro hospital, [...], daí eu coloquei que foi bom, ele tiveram bastante paciência (Usuária 2).

Eu já preenchi aquele negócio no final da internação, já usei bastante. Mas o brabo é que nem sempre a gente é ouvida, né? Na verdade, eu preencho aquilo pra ir embora. Eu já dei algumas ideias que nunca deram retorno” (Usuária 3).

Outro canal citado foi a Ouvidoria, e sobre esse aspecto observa-se que é utilizada quando ocorre algum erro relativo a procedimentos ou exames, ou quando acontecem desentendimentos com profissionais da equipe

Eu já fui à Ouvidoria uma vez, por causa de um exame que meu filho fez [...] (Usuária 4).

Eu já usei a Ouvidoria, não pelo meu filho, mas por outras pessoas que possam passar pelo mesmo episódio que eu passei (Usuária 5).

No conjunto das falas das entrevistadas, os dispositivos da humanização aparecem como expressão das vivências e necessidades advindas do processo de internação dos filhos. Entretanto, não há relação e/ou identificação de que esses são parte de uma política, uma vez que, na totalidade das entrevistas, nenhuma resposta indicou conhecimento sobre a humanização, ou seja, em nenhum momento ouviram a expressão “humanização” ou “humanizar” no hospital e/ou em outro serviço público de saúde.

A percepção dos trabalhadores da saúde

A investigação sobre a humanização do ambiente hospitalar voltada a conhecer a percepção dos trabalhadores revelou a importância de ouvi-los na perspectiva de uma maior participação desses e o compartilhamento das ações com os usuários.

O olhar dos trabalhadores iniciou por uma reflexão acerca de suas rotinas e processo de trabalho, sendo solicitado que cada profissional descrevesse seu dia a dia na unidade. Como resposta a essa questão, os entrevistados enumeraram suas atribuições técnicas e diferentes atividades do cotidiano, destacando-se a menção a normas e rotinas que caracterizam o cotidiano hospitalar.

As condições de trabalho foram definidas a partir da estrutura oferecida pela instituição, sendo que todos os entrevistados fizeram comparações com outros hospitais onde trabalharam.

O hospital tem uma infraestrutura muito boa pra gente trabalhar, nem comparando com hospital privado, enfim, não dá nem pra comparar, inclusive a questão de solicitação de exames, de resultados. Acho que por ser um hospital-escola o paciente tem todas as possibilidades aqui, acho muito bom mesmo (Trabalhador 1).

A estrutura que a gente tem é muito boa, física, material, de recursos humanos (Trabalhador 3).

Entretanto, outros profissionais evidenciam que há uma sobrecarga nos trabalhadores.

[...] a gente tem uma demanda muito alta de pacientes que a gente não dá conta muitas vezes. Então às vezes a gente tem que fazer hora extra, a gente tem excesso de trabalho e isso é bem cansativo (Trabalhador 1).

Pensar a jornada diária e o excesso de trabalho demandado a um único profissional é fundamental para garantir aos trabalhadores condições de trabalho adequadas, as quais repercutem na relação com o usuário e sobre a saúde do próprio trabalhador. Na perspectiva da PNH, as boas condições de trabalho são necessárias e fundamentais para um processo de acolhimento e vinculação aos usuários de forma satisfatória.

O vínculo com os usuários foi colocado como item necessário para um bom atendimento, e nas falas dos funcionários evidenciou-se o esforço em conhecer as vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias, bem como compreender como o contexto familiar interfere no processo saúde e doença das mesmas.

A equipe conversa sobre a situação não só clínica da criança como também a social, porque esse aspecto interfere muito em relação ao diagnóstico [...] (Profissional 3).

Todavia, embora haja a preocupação em conhecer as famílias, a forma como o trabalho é organizado faz com que muitas vezes esses elementos sejam secundarizados:

Uma coisa que me deixa chateada é as mães saírem e deixarem as crianças sozinhas e isso interfere no nosso trabalho, altera tudo. Mas a gente sabe que é porque ou elas têm outros filhos em casa, ou outro familiar doente (Profissional 2).

O trabalho em equipe surge como alternativa para minimizar a centralidade na doença e buscar compreender as demais dimensões que compõem o processo saúde e doença das crianças:

[...] todas as famílias deveriam ser vistas por um profissional da psicologia, ou do serviço social ou que fuja da área assistencial médica, de furar, de picar, de aspirar. Porque o fato de estar em uma internação hospitalar gera conflitos fora do hospital e que muitas vezes entra no hospital, conflito financeiro ou familiar mesmo, pai e mãe brigando... (Profissional 1).

A PNH destaca-se pela proposta de uma nova forma de relacionamento entre gestores, trabalhadores e usuários, propondo que esta tríade repense os modelos de atenção e de gestão em saúde. Para os trabalhadores, as chefias de unidade e de serviço foram citadas como as referências para questões do cotidiano, além de responsáveis para representar os trabalhadores frente à instituição.

A chefia é superacessível, acolhem as demandas, discutem, nos dão retorno... (Trabalhador 3).

Todos os entrevistados consideraram como parte do trabalho repensar processos e rotinas, porém não souberam exemplificar um espaço onde estas demandas são discutidas. Segundo eles, quando surge alguma ideia ou questionamento, a chefia imediata é acionada.

Eu só acho a infraestrutura das enfermarias ruins, às vezes é difícil o acesso de tu chegar [...]. Já conversamos isso com a chefia e com o pessoal da segurança do trabalho, que precisa de mais espaço para transitar com segurança entre os leitos e eles estão discutindo (Trabalhador 2).

As condições de trabalho são resultado da organização e gestão desse trabalho, que necessita de uma espaço coletivo para oportunizar a reflexão sobre seu fazer. Dessa forma, a instituição deve incentivar o trabalhador a participar de maneira ativa na construção da proposta de humanização, estimulando um debate participativo e horizontal.

Sobre a PNH, é possível perceber na fala dos entrevistados que o termo “humanização” permeia o cotidiano destes trabalhadores e é identificado como um conceito relativo à saúde, porém não muito discutido na unidade de internação pediátrica.

Eu já ouvi falar sobre humanização, pouco, mas já ouvi. Não sei se foi em um curso que eu fiz que eles falaram alguma coisa, mas realmente não me recordo (Trabalhador 2).

[...] é uma coisa que eu não tenho ouvido falar muito aqui, porque tem se ouvido falar mais nos centros de terapia intensiva (Trabalhador 1).

Eu sei que tem um Grupo de Humanização em que discutem sobre a pediatria, mas eu nunca tive oportunidade de participar (Trabalhador 3).

A unidade pediátrica se distingue das demais unidades por buscar atender o conceito de ambiência, no que se refere a um espaço físico compatível com as necessidades das crianças, familiares e trabalhadores que ali atuam. Por ser um ambiente diferenciado, os profissionais consideram a unidade de internação pediátrica como um espaço onde os dispositivos da PNH são implementados, citando a presença de brinquedos, cores, espaço, trabalho em equipe e visita dos familiares.

Eu acredito que alguns aspectos são trabalhados, mesmo que não se dê um nome “estamos humanizando a pediatria”, não, a pediatria já é humanizada por se tratar de um local que tem crianças que não devem se sentir oprimidas, que podem estar hospitalizadas por dois, três, quatro meses... Então eu acho que é feito por toda a equipe o máximo (Trabalhador 1).

A partir de 2007, as propostas de formação e qualificação de trabalhadores do SUS originam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que busca, através da articulação entre instituições formadoras e os diferentes níveis de gestão, contribuir para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde. Para a PNH, a qualidade do acolhimento e a qualificação do atendimento prestado aos usuários ampliam a necessidade da educação permanente, que pode ser definida com a aprendizagem em trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009). No entanto, a qualificação é identificada pelos trabalhadores como a oferta e disponibilidade de cursos, palestras ou congressos, conforme as falas:

[...] qualquer curso, congresso, a gente vai. Mas eles permitem que a gente saia alguns períodos do ano, programado (Trabalhador 1).

De qualificação aqui dentro eu já participei dos cursos que são oferecidos pela intranet, já fiz vários. Presencial eu participei de um ou dois (Trabalhador 2).

A produção de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS indica a necessidade da constante discussão sobre os processos e as formas de organização do trabalho no cotidiano das instituições. Para Benevides e Passos (2005), os profissionais, assim como os usuários, posicionam-se como protagonistas das práticas de saúde e para tal necessitam de espaços para formação e discussão. Neste sentido, a educação permanente mostra fundamental importância para a formação pautada nas necessidades de saúde das populações, bem como na abordagem e discussão da humanização.

Considerações finais

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde constitui-se em um importante espaço de formação para os trabalhadores do SUS, na medida em que proporciona um intenso contato e conhecimento sobre as necessidades da população usuária. A experiência como residente multiprofissional trouxe a possibilidade de presenciar e fazer parte dos espaços ocupados pelos trabalhadores da saúde em um serviço de alta complexidade. Como assistente social, a aproximação e o trabalho com os usuários permitiu conhecer as dimensões que pautam o processo de saúde e doença das famílias e que, em uma situação de hospitalização, evidencia as diversas manifestações de desigualdade enfrentadas pela população. Além disso, a aprendizagem em serviço soma-se ao saber adquirido através dos eixos teóricos e da constante discussão e esforço em pautar prática profissional de acordo com a perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Através destas vivências, a temática da humanização surgiu como forma meio de refletir sobre a forma como os sujeitos estão implicados nesta política e, por meio da pesquisa, foi possível conhecer as principais necessidades trazidas pelos usuários e trabalhadores acerca dos modos de produzir saúde.

Dentre as sugestões citadas pelos usuários, destaca-se a importância da comunicação entre equipe/usuário, na medida em que a interação entre esses atores mostra-se como a principal tecnologia citada pelas entrevistadas. Como consequência deste diálogo, surge a compreensão por parte da equipe de que as manifestações da questão social que interferem na realidade vivenciada pelas famílias e que repercutem durante a hospitalização da criança.

Da mesma forma, destaca-se a importância de promover maior participação dos trabalhadores da saúde nos processos decisórios do cotidiano hospitalar. Ou seja, aponta-se para a necessidade de ampliar os espaços de escuta e participação, dos sujeitos envolvidos, usuários e trabalhadores na perspectiva de garantir a efetiva implementação da PNH, contribuindo com estratégias a serem incorporadas pelas instituições. Entende-se assim que as potencialidades presentes nesses espaços constituem-se num mecanismo central para a garantia do pleno direito à saúde.

Referências

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: BARCELLOS, Cristovam e Monken. *O território e o processo de saúde-doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BENEVIDES, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, nº. 17, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Disponível em: <http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/conanda/argcon/argcon/41resol.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. Resolução CNS nº 8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2005.

_____. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 02 out. 2012.

_____. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.sau.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA. Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa, 1998. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt>. Acesso em: 12 jul. 2012.

GASKELL, Bauer. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes; 2000.

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS, L. M. M. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 31, n. 3, p. 423-436, dez. 1997.

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; JORGE, Maria Salete Bessa; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 3, 2006.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira; BÓGUS, Claudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdt>. Acesso em: 02 out. 2012.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2004.

PRATES, Jane. O planejamento da pesquisa social. *Revista Temporalis*, Porto Alegre, ABEPSS, n. 7, 2003.

SALGUEIRO, J. et al. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, Porto Alegre, n. 27, out. 2007. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/2022/1099>. Acesso em: 12 jul. 2012.

SILVA, Regina Célia Pinheiro; ARIZONO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. *Revista Ciências Humanas, UNITAU*, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/humanas/article/viewFile/455/417>. Acesso em: 02 out. 2012.

¹ Os acompanhantes do setor de pediatria em sua maioria são os pais da criança ou outros familiares, que permanecem em período integral no ambiente hospitalar. No Brasil, a permanência dos pais no hospital foi regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, onde no artigo 12 é estabelecido que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente.