

A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS SOBRE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

LUCIMARA LARISSA DA SILVA*
SILVANA APARECIDA MAZIERO CUSTÓDIO**

Resumo

O presente estudo teve como tema “A ótica de profissionais de saúde e usuários sobre humanização hospitalar” tendo como objetivo geral desvelar o conhecimento sobre as implementações de ações de humanização na ótica dos usuários e profissionais de saúde. A metodologia da pesquisa foi exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa, tendo como sujeitos os profissionais de saúde e usuários do HAC, dentre eles, diretores, médicos, enfermeiros, psicólogas, nutricionistas, assistentes sociais e usuários de várias enfermarias: oncologia, hematologia, toraco e abdômen, craniobucomaxilofacial, atendimento à mulher, pediatria, urologia, transplante de medula óssea (TMO) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Como instrumental utilizamos um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas para os profissionais, e um formulário para os usuários, cujas questões atenderam aos objetivos da pesquisa. Com base nos resultados da pesquisa, verificamos que os profissionais conceituam humanização como a qualidade dos serviços e os usuários como bom atendimento, os serviços do HAC foram considerados humanizado por ambos. O serviço social na ótica dos profissionais sempre participa nas decisões da equipe reconhecendo-o como um elo entre a instituição e os usuários, já os usuários apontam como um facilitador do acesso aos direitos sociais. Quanto às ações de humanização observamos que englobam muitas e diversificadas práticas profissionais que estão sendo introduzidas no tratamento de pessoas, práticas essas que passam pelo sentimento, pelo respeito, pela escuta e outros. Diante do exposto acima concluímos que as ações de humanização no HAC estão sendo implementadas, percebidas e executadas pelos profissionais e reconhecidas pelos usuários. No entanto sugestões foram dadas com intuito de ampliar essas ações como forma de garantir a efetivação da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Humanização, Ética, Saúde oncológica, Serviço Social.

*Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

**Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

***Possui graduação em Serviço Social pela Instituição Toledo de Ensino (1983), especialização em Serviço Social pela Instituição Toledo de Ensino (1995), mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Atualmente é Assistente Social da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e Chefe de Divisão de Apoio Hospitalar da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado.

ABSTRACT

The present paper discusses “The humanization of hospital assistance from the patients and health professionals’ point of view”, and mainly aims to find out how they feel about the implement of these humanizing actions. This study was based on exploring the data got by quantitative and qualitative research methods, involving health professionals and HAC users, which are directors, doctors, nurses, psychologists, nutritionists, social workers and patients in nursing homes, such as: oncology, hematology, thorax and abdomen, head region (skull, mouth, jawbone and face), women caring, pediatric, urology, bone marrow transplantation (BMT) and intensive care unit (ICU). This paper was also based on a semi-structured questionnaire, composed by subjective and objective questions to the health professionals and a form to the hospital users, whose questions were related to the specific aims of the research. The research results showed that for the health professionals, humanization means quality of services and for the users, it means good customer service. Both of them considered that the HAC services are humanized. From health professionals’ point of view, the social work always participates in decision-making and is recognized as a link between the institution and its users, since these last ones consider that the social work facilitates their access to social benefits. The humanizing actions contain many and diversified professional practices that are being incorporated on people’s treatment, for example, feelings, respect, hearing, and other ones. It can thus be concluded that the humanizing actions which are being implemented on HAC, are also felt and executed by the health professionals and are recognized by the hospital users. However, some suggestions were given aiming to extend these actions to definitely accomplish the National Humanizing Policies.

Keywords: Humanization, Ethics, Oncological Health, Social Work.

1 Introdução

O Câncer é uma questão de Saúde Pública, sendo considerado a segunda causa de morte mais freqüente no Brasil. O número de casos desta doença em um ano supera o número de casos acumulados de AIDS em 24 anos no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), dez milhões de novos casos de câncer são diagnosticados por ano. Se a tendência de aumento for mantida, em 2020 serão 15 milhões de novos casos anualmente, sendo que mais de 10% das mortes anuais estarão relacionadas com o câncer.

No Brasil, essa tendência de aumento da incidência também se mantém. O agravante da situação brasileira é que os casos de câncer ainda são detectados em fases muito avançadas, reduzindo a possibilidade de tratamento e consumindo muitos recursos públicos.

No final da década de 60, a antiga Maternidade Jahu e o Hospital Dr. Amaral Carvalho passam a ser considerado o primeiro hospital especializado em câncer do interior paulista e, desde 1975, foi denominado apenas Hospital Amaral Carvalho (HAC). Com o desenvolvimento econômico do Centro-Oeste Paulista, com aprimoramento das políticas médicas de diagnóstico e tratamento de câncer e a firme persistência do HAC em seu propósito, a saúde da população carente, no início dos anos 80, assistiu ao estabelecimento da mais antiga entidade filantrópica brasileira de assistência à saúde e de promoção de bem-estar: a Fundação Dr. Amaral Carvalho (FAC).

A Fundação Amaral Carvalho (FAC) mantém nove entidades distintas e complementares entre si: quatro de saúde, três de assistência social, uma de ação cultural e uma de gestão de conhecimento. De todas as entidades a mais expressiva é o Hospital Amaral Carvalho (HAC).

Especializado na área da saúde, o HAC tem por finalidade a prestação de serviços especializados em neoplasia maligna, constituindo-se no primeiro hospital de câncer do interior paulista com setores de prevenção, ambulatorios e enfermarias cirúrgicas de todas as especialidades, realizando inclusive transplantes de medula óssea, considerado referência nacional.

Reconhecido pelo Ministério da Saúde, especialmente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e particular/convênio, o Hospital presta atendimento integral e mantém relações de parceria com a FAC e outras instituições.

O tratamento inclui todas as áreas necessárias para a reabilitação e integração social, e é realizado por uma equipe multidisciplinar especializada, composta pelas áreas de: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Pedagogia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Ao todo, o corpo funcional compreende, aproximadamente, 1.600 pessoas, além de mais de 100 médicos de 30 especialidades distintas.

Os serviços oferecidos incluem exames e atendimentos para pacientes ambulatoriais e internados, como: raio-x, ultrassom, tomografia, exames de medicina nuclear, radioterapia, quimioterapia, braquioterapia, além de oferecer acompanhamento integral aos pacientes oncológicos, tratamento de hepatite, anemia e litotripsia. Também são realizados tratamento odontológico, fonaudiológico, nutricional, psicológico, fisioterápico e social.

O HAC oferece ainda refeições e estadia para pacientes do SUS que residem em outras cidades por meio da Casa de Apoio e participam de diversas atividades como: artesanato, palestras de prevenção e atividades culturais que são agendadas e administradas pelo Espaço Cultural Amaral Carvalho, enriquecendo a qualidade de vida e colaborando para o aumento do bem-estar dos pacientes.

Ao todo, são mais de 85 mil pacientes (2005), procedentes de várias localidades do Brasil, atendidos numa estrutura com 110 apartamentos e mais de 290 leitos. Em 2005, foram realizados mais de 300 mil exames de diagnóstico e cerca de 20 mil cirurgias. Em três anos, o HAC já realizou mais de 500 transplantes de medula.

Assistir à saúde e promover o bem-estar implica oferecer aos pacientes um atendimento efetivamente humanizado e voltado a manter sua dignidade e integridade como seres humanos. O HAC se orgulha de ser um hospital do SUS, sem manter fila de espera e com índices de sucesso próximo a 70% comparáveis a grandes centros oncológicos mundiais.

Nesse sentido, acreditamos que este estudo contribuirá para o reconhecimento do HAC como um efetivador das ações de humanização hospitalar previstas na Política Nacional de Humanização.

Atualmente, o tema da humanização vem se publicizando e sendo amplamente debatido no campo da saúde. A questão da humanização desponta, assim, como aspecto fundamental nas Políticas Públicas de Saúde.

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral desvelar a implementação de ações de humanização na ótica dos usuários e profissionais de saúde. E como objetivos específicos verificar a concepção de humanização dos usuários e profissionais, identificar a importância da equipe na construção de ações de humanização; visualizar a atuação do

Serviço Social na execução da humanização, na ótica dos usuários e dos profissionais e delimitar as ações reconhecidas para a caracterização da humanização, na ótica dos usuários e profissionais.

O estudo está organizado a partir da fundamentação teórica sobre a política nacional de saúde, política nacional de atenção oncológica, política nacional de humanização, Serviço Social na saúde e na atenção oncológica e o projeto ético político da profissão.

O terceiro capítulo refere-se aos procedimentos metodológicos utilizados no estudo que teve com base na matriz teórico-metodológica “dialética”, estando o qualitativo e o quantitativo em íntima relação, não existindo visão isolada das partes do estudo.

No quarto capítulo apresentamos e analisamos os resultados correlacionando-os à fundamentação teórica em resposta aos objetivos propostos pelo estudo.

2. Política de Saúde no Brasil: Humanização e Atenção Oncológica

2.1 Política de Saúde no Brasil: SUS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a política nacional de saúde passa a ser elaborada de acordo com os dispositivos nela contidos referentes à saúde, adquirindo uma nova face do ponto de vista jurídico. A Constituição anterior (1969) apenas mencionava a saúde como direito do cidadão, reduzindo-a ao conceito de “Assistência Sanitária Hospitalar e Médico-Preventiva” (Lima, 1996, p.17).

O sistema de saúde implantado pelo SUS e o que o antecedeu são opostos, destacando-se no sistema atual a ampliação do entendimento do que é a saúde, ou seja, que esta não se limita à presença de enfermidade e sua cura, mas sim à ausência de doenças, como resultado de múltiplas condições sociais, econômicas, sanitárias e alimentares que permeiam o cotidiano das pessoas.

Atualmente, a saúde não é mais considerada como mera assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva; é o resultado de políticas públicas do Governo.

Na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 (Brasil, 1990, p.1), o art. 3º dispõe que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social econômica do país (BRASIL, 1990,

p1).

Pela nova Constituição, a saúde, a previdência social e a assistência social compõem a Política de Seguridade Social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos sociais, substituindo as políticas sociais compensatórias, capazes de processar a garantia e o acesso aos mínimos sociais, dignidade e cidadania (BRASIL, 1988).

Na Constituição de 1988 a saúde se apresenta como a área que mais sofreu transformações significativas, como:

- ◆ alteração do conceito de saúde - como um processo de convergência de políticas públicas, econômicas e sociais;
- ◆ a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- ◆ a estratégia do SUS como profundo reordenamento setorial – novo olhar e atuação sobre a saúde individual e coletiva;
- ◆ a construção de um novo modelo de atenção à saúde;
- ◆ a descentralização das ações para as esferas estadual e municipal, delegando poderes para formulação de política de saúde de acordo com as prioridades locais;
- ◆ a democratização do poder local, mediante o estabelecimento de novos mecanismos de gestão, por meio dos conselhos.

Essas mudanças se referem à incorporação do princípio da universalidade, que indica ampliação do acesso, na medida em que toda a população passa a ter direito aos serviços de saúde até então restritos aos contribuintes da Previdência Social.

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção está estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade (BRASIL, 2007a).

Atenção básica à saúde

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos

pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida.

Média complexidade

Compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia (BRASIL, 2007a).

Alta complexidade

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando os serviços aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente com doença renal; **assistência ao pacientes oncológicos**; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatinas; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes com queimaduras; assistência aos pacientes com obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia

muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2007a).

Na tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e o reconhecimento da autonomia dos entes federados, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº-399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2007b), divulga o **Pacto pela Saúde** - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O **Pacto pela saúde** implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS. (BRASIL, 2007b)

O **Pacto pela vida** está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

As prioridades do Pacto pela Vida são: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase, na dengue, na hanseníase, na tuberculose, na malária e na influenza; promoção da saúde e atenção básica à saúde.

O **Pacto em defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como Política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios básicos dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- ◆ Implementar um projeto permanente de mobilização social;¹
- ◆ Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O **Pacto de gestão** estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

¹ Tal projeto tem a finalidade de: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29¹, pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas. PORTARIA Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. (Brasil, 2006b)

As prioridades do Pacto de Gestão são: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS; estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde do SUS o efetivará como “*política pública em defesa da vida*”, reconhecendo que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando e implementando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão, com bons resultados.

2.2 – A Humanização e a qualidade dos serviços.

O sentido atribuído ao termo humanização se refere à articulação entre a qualidade técnica da assistência e o reconhecimento dos direitos dos usuários e os seus valores e subjetividades, aliados à valorização do profissional.

Humanizar é, por definição, tornar humano, dar condição humana; implica em acolhimento e, sobretudo, em empatia e diálogo. Humanização envolve estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e autoridade do saber e das práticas sanitárias (BOSI e UCHIMURA, 2006).

Na construção de um serviço humanizado é preciso transitar, constantemente, de uma forma a outra. Trocar velhos modelos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. A humanização da assistência à saúde envolve, necessariamente, o trabalho conjunto de diferentes profissionais, em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção). O trabalho humanizado pressupõe o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades e angústias perante o mundo do trabalho e as metas a serem alcançadas; presume que os trabalhadores participem de alguma maneira na tomada de decisões, na definição das tarefas e na construção de projetos que lhes digam respeito.

O trabalho de humanização desenvolve atividades que envolvem o paciente e seus familiares, contribuindo efetivamente para a diminuição da ansiedade; melhoria na qualidade de vida; incentivo à troca de experiências; maior reflexão sobre o processo de saúde, resgatando no paciente a condição de “ser humano” (FONTANA et al, 1998),

proporcionando, assim, maior acolhimento, sem perder de vista o caráter educativo.

Aspectos como a efetividade do acolhimento, a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços, a ética no cuidado, as linguagens em que se desenvolvem os diálogos e a natureza da escuta que se realiza no processo assistencial, dentre muitas outras dimensões do cuidado, exigem a avaliação qualitativa dos programas de humanização (BOSI e UCHIMURA, 2006).

A humanização é uma política transversal, perpassa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- ♦ Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- ♦ Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- ♦ 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;
- ♦ Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersectorialidade). (BRASIL, 2008, p. 17 e 18)

A Humanização do SUS de acordo com Brasil (2008) se operacionaliza com:

- ♦ a troca e a construção de saberes;
- ♦ o trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- ♦ a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- ♦ o acordo entre os diferentes níveis de gestão do SUS, entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- ♦ a recuperação dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, identificando os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- ♦ a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2002, p20)

é, portanto, um valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde(...) A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre os gestores, técnicos e usuários.

De acordo com Brasil, (2008), são orientações gerais da política de humanização:

- ♦ Valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão;
- ♦ Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional,
- ♦ Apoiar a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a promoção de saúde e com a produção de sujeitos;
- ♦ Construir a autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- ♦ Identificar a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- ♦ Fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- ♦ Garantir o compromisso com a democratização das relações de trabalho e
- ♦ Valorizar os profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), são consolidados resultados específicos (Brasil 2008 p. 31):

- ♦ Redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- ♦ Identificação de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- ♦ Garantia das informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- ♦ Garantia da gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores;
- ♦ Implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (Brasil, 2008 p. 31).

Com o passar dos anos, devido à necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos; são propostas que colocam em destaque o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos e a centralidade do diálogo entre profissionais de saúde e pacientes.

A proposta de humanização da assistência à saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais, além do alinhamento com as políticas mundiais de saúde e à redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias. (BRASIL, 2005).

Segundo a Política Humaniza SUS (Brasil, 2004), a humanização supõe troca de saberes, incluindo as dos usuários e de sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.

Sendo assim, a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo, trata, sobretudo, de investir na produção de um tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo.

De acordo com Couto (2005) pacientes de hospitais públicos têm a imagem já formada de estabelecimento onde faltam médicos e o atendimento é precário, qualquer tipo de atenção dada a este paciente é muito ruim. Além disso, na maioria das vezes, a relação médico-paciente acaba sendo de subordinação, pois o paciente se sente discriminado por causa de sua condição social.

O primeiro passo na atitude dos profissionais da saúde é deixar de pensar e falar do paciente como se ele fosse um mero objeto de cuidados terapêuticos ou um número, sem sua devida identificação pelo nome. A humanização do hospital começa com o conceito da saúde como bem-estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual.

Para Jeammet e Consoli (2000) humanizar é reintroduzir o humano no funcionamento do hospital, ou seja, evitar que o ser humano seja reduzido ao papel de usina para reparar órgãos danificados.

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizadas, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. Pois sem comunicação não há humanização, esta depende da

capacidade de falar e ouvir.

É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema traduzido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado. (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

No hospital, essa igualdade em dignidade e direitos fundamentais deve ser respeitada, e deve-se estabelecer um padrão mínimo de atendimento para todos.

Para fazer o diferencial nas relações de cuidado humanizado, no ambiente hospitalar, requer-se do profissional da saúde que atue com humanização solidária e sensibilidade, além de ter postura correta de dignidade de caráter. (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

2.2.1 A qualidade dos serviços

A qualidade, internacionalmente encontra sua primeira fundamentação em 1978 na Conferência de Alma Ata da Organização Mundial da Saúde. A declaração dessa conferência recomendou a cooperação entre profissionais e usuários como partes de uma estratégia mundial para melhorar a saúde, porém somente a partir dos anos 90 a qualidade adquiriu relevância nas políticas públicas de saúde (SERAPIONI, 2006).

Segundo Nogueira (1994), citado por Serapioni (2006, p.207).

A novidade do movimento contemporâneo é destacar, em primeiro plano, a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade. A qualidade, de fato, implica na presença de culturas, competência e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 15 anos, quando a centralidade do cidadão foi reconhecida e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde, superando as resistências das corporações administrativas e profissionais.

Diversas razões contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre elas:

- ◆ a inadequada segurança dos sistemas de saúde;
- ◆ a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos;
- ◆ a insatisfação dos usuários;
- ◆ o acesso desigual aos serviços de saúde;

- ♦ as longas listas de espera;
- ♦ o desperdício inaceitável advindo da baixa eficácia.

A Organização Mundial de Saúde considera que uma assistência de qualidade deve incluir, pelo menos, alguns elementos, tais como: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção, aceitabilidade por parte dos pacientes, de acordo com ROEMER e AGUILAR (1988), citado por SERAPIONI (2006, p. 209).

As abordagens para a garantia da qualidade da atenção e das práticas assistenciais, segundo Donabedian (1989), citado por Serapioni (2006, p. 210), são:

- ♦ abordagem estrutural que analisa a força de trabalho, condições físicas, instalações, equipamentos e estruturas organizacional, que vão determinar o credenciamento das práticas dos profissionais de saúde e a “acreditação” das estruturas de saúde;
- ♦ abordagem de processo, que analisa se a execução das tarefas e técnicas e procedimentos está sendo como prevista;
- ♦ avaliação do processo, que se detém na interação e comunicação entre profissionais e pacientes nas metodologias utilizadas no nível de informação oferecido ao paciente e na dimensão temporal (tempo de espera para conseguir o atendimento e sua duração).

Apesar da tríade estrutura-processo-resultado não ser propriamente uma definição de qualidade, mostra-se como uma importante abordagem para a apreciação da qualidade dos serviços de saúde que possibilita o levantamento de dados sobre as condições estruturais do serviço, as atividades e procedimentos que descrevem a prática da atenção à saúde e os resultados alcançados pelo serviço.

Nessa definição o tema da qualidade está relacionado às outras dimensões: efetividade, eficiência, qualidade técnica, confiabilidade, satisfação, humanização e equidade². Equidade salienta Altieri (1997), citado por Serapioni (2006, p. 214), “significa criar as condições que permitam a cada usuário potencial tornar-se usuário efetivo”.

Para esse fim, os serviços públicos de saúde devem atender não só aos critérios de efetividade, eficiência, qualidade, mas também de equidade, além de responder às exigências legais, éticas, contratuais e às diretrizes estabelecidas pelas autoridades do país, como refere Ovretveit (1996), citado por Serapioni (2006, p. 212).

Para atender às expectativas do cidadão, atualmente, renovações estruturais e operacionais têm sido buscadas. Com isso, o Programa de Qualidade do Governo Federal³ tem como grande desafio tornar o cidadão mais exigente e elevar o padrão dos serviços (ALMEIDA, 2002).

As Diretrizes do Programa de Qualidade são: ações para qualidade do atendimento e avaliação continuada de níveis de satisfação dos usuários dos serviços públicos, dentre outras.

A preocupação com a qualidade e os critérios de que se revestem os procedimentos profissionais afetam diretamente a vida dos usuários e a observância dos princípios adotados pelo SUS: eficácia, efetividade, eficiência, otimidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade, constituem, segundo Bittar (2001), os “Sete Pilares da Qualidade”.

A equipe de saúde deve estar preparada para a prestação dos serviços e, também, para o atendimento das necessidades dos indivíduos, nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, a partir do conhecimento teórico e técnico de cada profissional.

“É necessário que o profissional estabeleça algumas etapas para aprimorar seu desempenho mediante uma avaliação:

- ◆ conhecimento dos usuários;
- ◆ identificação dos recursos disponíveis e/ou necessários;
- ◆ planejamento das ações pertinentes;
- ◆ monitoramento dos resultados;
- ◆ realimentação do processo” (TRUIITE, 1995, p. 13).

As informações fornecidas pelos usuários são imprescindíveis quando transformadas em indicadores que estabelecem metas para o bem-estar da população. Eles identificam e dirigem a atenção para assuntos específicos a serem avaliados e são pontos importantes na condução de outros processos, de avaliação dos serviços.

² No que diz respeito à relação com a equidade quando a OMS afirma “cada paciente” seguramente está se referindo a “cada paciente em potencial” e não somente aos que já utilizam os serviços. De fato, é importante não apenas satisfazer as necessidades dos pacientes, mas garantir que todos os que precisam do mesmo serviço possam consegui-lo.

³ Programa de Qualidade do Governo Federal está em franco desenvolvimento nas organizações públicas brasileiras e é fundamentado na filosofia da Gestão pela Qualidade.

Alguns indicadores são levantados na literatura (Pesquisa 2002) para melhor avaliar a satisfação dos usuários como: confiabilidade do serviço e pontualidade na execução dos mesmos, capacitação técnica, cortesia no atendimento, acessibilidade, eficiência na resolução de problemas, agilidade na resposta e clareza nas informações prestadas.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolutividade e qualidade (Brasil, 2004a, p. 5).

Chiavenato (1981) aponta um dos objetivos fundamentais da avaliação: fornecer oportunidades de crescimento e condições de efetiva participação a todos os membros da organização.

Torna-se, portanto, necessário se empenhar no levantamento de informações para a avaliação da satisfação dos usuários, imprescindível para a construção de uma base sólida na tomada de decisões, no que tange o fazer profissional, que depende de sua formação e possibilidade de capacitação constante.

2.3 A Política Nacional de Atenção Oncológica

A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída por meio da portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005, garantindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, estabelece uma nova relação entre o paciente com câncer e o seu acompanhamento pela rede pública. Ela integrará todos os níveis de atenção à saúde, da alta complexidade ao Programa de Saúde da Família. Um dos principais objetivos é detectar precocemente a doença.

A Política prevê as seguintes ações, conforme Brasil (2005):

- 1 - Cadastrar na página da Rede de Atenção Oncológica na Internet as ações de cada Estado, tendo a rede como um sistema de monitoramento a ser realizado em todo o Brasil. Elaboração de um diagnóstico da rede de saúde em nível nacional. Essas informações subsidiarão a estruturação dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica, seguindo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A página da Internet também disponibilizará as diretrizes clínicas para diagnóstico e tratamento da doença.
- 2 - Qualificação dos serviços prestados, evitando a invalidação de exames de

papanicolau e mamografias por inadequação técnica.

3 – Melhorias nos sistemas de informações de câncer, com a modernização do SISCOLO (Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero) e a criação do SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), sendo possível realizar um acompanhamento clínico das mulheres submetidas aos exames de diagnóstico.

4 - Reforça a importância do Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco, estimula a promoção da pesquisa em câncer e prevê a criação de diretrizes para avaliação de novas tecnologias a serem implementadas.

A Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO (BRASIL, 2005) se empenha na promoção de ações integradas do Governo com a sociedade para implementar uma nova política, que reconhece o câncer como “problema” de saúde pública e estrutura a realização das ações para o seu controle no Brasil por meio da Rede de Atenção Oncológica, com a participação direta e indireta do Governo Federal, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não-governamentais e da sociedade de forma geral.

Dentre os componentes fundamentais da PNAO, destacam-se a Promoção e Vigilância em Saúde, onde os sistemas de informação configuram-se como alicerce para a implementação das ações nacionais. As ações relacionadas à vigilância do câncer são realizadas com base nas informações obtidas dos registros de câncer e, neste contexto, principalmente dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), supervisionados pelo INCA/MS, e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, centralizado nacionalmente pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS).

2.3.1.O Instituto Nacional do Câncer (INCA)

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é referência nacional de qualidade na área da assistência em suas cinco unidades e desenvolve extenso trabalho nas áreas de **prevenção, controle, pesquisa e ensino**, encontrando-se, portanto, em uma fase bastante promissora de sua trajetória. Assim, o Instituto assume função protagonista na definição das diretrizes de abordagem do câncer em todo o território nacional.

Desde 2005 o INCA elabora e publica as estimativas de câncer para o Brasil, levando em conta as localizações primárias mais frequentes, desagregando-as por estados e capitais, uma vez que entende a importância da utilização destas nos

diversos segmentos da área de saúde, administração, educação e sociedade em geral. Para viabilizar tais estimativas é essencial a produção de informações com qualidade geradas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o aprimoramento metodológico criterioso, conferindo às informações maior visibilidade, ampliando sua utilização e credibilidade.

O INCA é responsável pela publicação “Situação do Câncer no Brasil”, que trouxe de forma pioneira um elenco de temas fundamentais e imprescindíveis para o entendimento do câncer enquanto problema de saúde pública. O sucesso desta iniciativa e sua ampla aceitação nos trazem a certeza da decisão tomada no sentido de ampliar cada vez mais o acesso a informação e incentivar, compartilhar e democratizar a reflexão a respeito do controle do câncer no Brasil.

Em comemoração a seus 70 anos, o INCA elaborou mais uma edição das estimativas, válidas como referência para os anos de **2008 e 2009**. Evidenciando seu compromisso com a luta pela vida e excelência nos serviços prestados à população.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008 e válidas também para o ano de 2009 apontam que ocorrerão **466.730 casos novos de câncer**. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os **cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino** e os **cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino**, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.

Em 2008 são esperados 231.860 casos novos para o sexo masculino e 234.870 para o feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (115 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (49 mil), mama feminina (49 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (27 mil), estômago (22 mil) e colo do útero (19 mil), (INCA, 2008).

Assim o INCA (2006, p. 06) pontua que o tratamento oncológico tem como objetivos:

Sempre que possível erradicar completamente o câncer e atualmente esta é uma perspectiva realista para mais e mais pessoas. Isso se deve em parte ao fato de o câncer ser diagnosticado relativamente cedo, mas em parte pela melhora dos tratamentos. Mas tudo isso depende se o câncer se espelhou ou não. Pois quando o tratamento tem o propósito da cura são freqüentemente chamados de “radicais”. Os tratamentos direcionados para aliviar os sintomas ou prolongar a vida podem ser descritos como paliativos. Tratamentos anticâncer podem proporcionar um excelente alívio. Quando, usados dessa forma, normalmente são menos intensivos, “agressivos” do que tratamentos radicais e os resultados são geralmente mais bem tolerados. Quando o objetivo é a cura, um alto risco para efeitos

colaterais incômodos pode ser aceitável. No entanto, quando a cura não é possível, há pouca justificativa para um tratamento poderoso se existe uma probabilidade significativa de que os efeitos colaterais sejam pelo menos tão incômodos quanto os sintomas. É por esse motivo que o objetivo do tratamento deve ser claro desde o início. Entretanto, só porque o tratamento é paliativo, não significa que não possa ter um efeito poderoso contra o câncer. De fato, como resultado de um tratamento paliativo, algumas pessoas levam uma vida normal por muitos anos, com seu câncer sob controle.

Diante deste cenário fica clara a necessidade de continuidade de investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS.

2.4 - O Serviço Social na Saúde e na Atenção Oncológica

O direito à saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de setembro de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS, Art.3).

De acordo com Vasconcelos (2002), com o objetivo de assegurar o direito à saúde, cabe aos assistentes sociais contribuir prioritariamente:

- com levantamentos, estudos e pesquisa que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde, contribuindo na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde; na assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde existente, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, de cada espaço de trabalho.
- na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social.

O Serviço Social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (VASCONCELOS, 2002).

Referentes à política de saúde, dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO, 2006).

O projeto privatista requisita do assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo pela ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

O projeto da reforma sanitária provê as seguintes demandas: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Bravo (2006) afirma que, em sua maioria, o Serviço Social vem acompanhado do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético- político profissional e o da reforma sanitária.

Na área da saúde; identifica-se o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família) e o incentivo à qualificação da atuação do assistente social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo.

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços, Vasconcelos (1999) e Costa (1998) concluíram que há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos assistentes sociais com o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem concretizá-lo. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Costa (1998) afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso,

pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas essa atitude não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, visando à efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho dos assistentes sociais.

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da divergência entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde.

Bravo (2006, p. 212) apresenta três expressões.

A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto- apresentação de sanitaristas.

A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

A autora revela que o problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social procurarem por estudos na área da saúde. O dilema é quando este profissional, em virtude dos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e outros), e não mais se identifica como um assistente social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. (BRAVO, 2006). Este consiste apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social. Passando a não considerar as novas demandas determinadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996).

Uma outra questão discutida por Bravo (2006, p. 212):

É a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos mesmos nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde, reforça a concepção de se especializar nas diversas patologias médicas, maneira que tem sido apontada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o SUS com visão generalista e não fragmentada.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos a defesa e o aprofundamento do SUS, a formulação de estratégias buscando reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde efetivando o direito social dos usuários, atentando para o trabalho do assistente social na área da saúde, deve ter como norte o projeto-ético político profissional, que necessariamente, deve estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003).

Considera-se o código de ética do Serviço Social (Brasil, 1993, p. 38) apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde.

Destaca-se entre seus onze princípios fundamentais:

- ♦ “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”;
- ♦ “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”;
- ♦ “Articulação com os movimentos de outras categorias

profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”;

- ♦ “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, é para Bravo (2006, p. 214):

- ♦ “Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS”;
- ♦ “Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária”;
- ♦ “Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas”;
- ♦ “Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde”.

Portanto, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal (BRAVO, 2006).

2.4.1 - O Serviço Social na Atenção Oncológica.

O diagnóstico de câncer sempre foi assustador para todos, mesmo para os médicos. Quando recebem este diagnóstico, muitos têm a reação de quem acabou de ser condenado à morte. Apesar das informações e dos grandes avanços terapêuticos obtidos na área, nos últimos anos, a primeira reação ainda é de desespero (Revista Brasileira de Cancerologia, 1999).

A atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental, no momento em que os profissionais superam a tendência do isolar-se no saber de sua área específica e juntam-se

com o objetivo de uma prática coletiva, onde a integração dos seus conhecimentos resultará na ajuda eficaz ao paciente com câncer.

O Serviço Social atua em ações educativas como: reuniões, palestras e orientações individuais sobre os direitos sociais. Busca propiciar aos usuários (pacientes e seus familiares) o desenvolvimento do processo reflexivo e o aprendizado necessário para reconhecer, desenvolver e lidar com seus potenciais diante do tratamento de câncer, resultando e proporcionando o bom relacionamento entre os pacientes e familiares, fortalecendo os vínculos com os demais profissionais da equipe e, conseqüentemente, minimizando o nível de ansiedade e maximizando a segurança o tratamento, e, por fim, facilitando o acesso à efetivação dos direitos, questões que são fundamentais durante todo o processo.

O assistente social deve desvelar a necessidade da demanda atendida, promovendo autonomia e dignidade ao paciente e respeitando seus desejos, necessidades, crenças e valores. Deve ainda identificar as condições sociais, econômicas e culturais, orientar sobre os recursos públicos e privados, identificando, em conjunto com a equipe o momento ideal para o paciente ser assistido em casa, assegurando, inclusive, seu retorno ao trabalho, se for o caso.

Vasconcelos (2002), em sua pesquisa, considerou que os assistentes sociais inseridos em hospitais, maternidades ou institutos desenvolvem atividades passíveis de uma observação especial, como: a) alta; b) remoção; c) comunicação de óbito. Essas demandas são historicamente atribuídas ao Serviço Social, mas sempre causaram controvérsias no debate da categoria devido ao seu componente burocrático. Segundo a autora, os assistentes sociais sempre conseguiram conduzir tal atividade de modo que se reverta aos interesses dos usuários.

O cumprimento de tarefas simples e disciplinares também faz parte da rotina dos assistentes sociais nos hospitais e unidades de saúde. Em ambulatorios e programas os principais aspectos em relação ao usuário dizem respeito à observância de horários, períodos e prazos para retornos de consultas e controle de tratamentos; ao cumprimento rigoroso de procedimentos terapêuticos recomendados (para atendimentos a crianças em fase de imunização ou gestantes em pré-natal); além da interpretação de normas e rotinas dos serviços institucionais para os usuários.

Nos hospitais, os assistentes sociais incidem suas principais esferas de atuação sobre o cumprimento de horários e duração de visitas, o número de visitantes permitidos para cada paciente internado, comportamentos adotados durante a visita e até mesmo atitudes e comportamentos do paciente e sua família pós-alta médica ou atitudes dos familiares caso o

paciente chegue a óbito (COSTA, 2000).

Outro ponto a ser tratado é a formação do cuidador, que ganhou requinte de profissão. Antes, o familiar era um ente querido que se dispunha a ajudar no restabelecimento de seu consanguíneo. Hoje, é um familiar treinado que deverá se especializar em técnicas hospitalares de tratamento e recuperação do seu doente. Afinal, alguém deverá assumir o “ônus” de ter um familiar doente. E quando não se assume a equipe de saúde trata de designar o familiar ou amigo mais atento nas visitas médicas para este fim.

O depoimento dos assistentes sociais que trabalham nesta área se repete quando perguntados sobre a relação com a família. Todos dizem que a família é mais bem orientada e esclarecida tanto no momento da alta por cura do seu doente quanto no momento da morte. É para o setor de serviço social que os familiares se dirigem quando recebem uma notícia deste tipo e não tem condições sociais de agir em prol do seu ente em recuperação ou já morto. (VASCONCELOS, 2002).

O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais em situações como estas se resume a dar voz ao familiar e deixá-lo extravasar sua tristeza ou insatisfação, ter uma alta orientada e dar apoio aos familiares que perderam alguém, orientando sobre seus direitos sociais neste momento tão soturno e confuso.

O Departamento de Serviço Social na Fundação Dr. Amaral Carvalho tem um importante papel visto que a saúde não depende somente do bem-estar físico, mas também mental, emocional, social e espiritual. Desta forma, o profissional torna-se um importante elo entre paciente, família e profissionais de saúde, e tem como princípio resgatar a condição de sujeito dos usuários, por meio da divulgação e viabilização no acesso aos direitos, atendendo pacientes de todas as classes sociais, garantindo a eles os benefícios públicos e privados previstos em lei.

Com o objetivo de contribuir com um atendimento humanizado de qualidade, por meio de ações que propiciem o acesso à garantia de seus direitos, transformando projetos e idéias em alternativas de enfrentamento das expressões da questão social, o assistente social visa à superação das dificuldades do paciente diante do diagnóstico, recuperação de sua saúde e melhora na qualidade de vida.

2.5 O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social

O projeto ético-político profissional do Serviço Social se refere ao empreendimento da prática social e política de enfrentamento da questão social e suas interfaces, tendo em

vista o processo de pauperização crescente e a concentração de riquezas na sociedade brasileira.

Para Netto (2006, p. 141) é no trânsito dos anos oitenta aos noventa do século XX que o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil se configurou em sua estrutura básica e, qualificando-a como básica, ressalta-se o seu caráter aberto: mantendo seus eixos fundamentais, ela é suficientemente flexível para, sem se descaracterizar, incorporar novas questões, assimilar problemáticas diversas, enfrentar novos desafios. Em suma, trata-se de um projeto que também é um processo, em contínuo desdobramento.

Este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional.

Segundo Netto, a dimensão política do projeto é claramente enunciada, posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático, considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.

Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí a ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social, formação que deve abrir a via à preocupação com a (auto) formação permanente e estimular uma constante preocupação investigativa.

Em especial, o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários.

Segundo Sant'Ana (2000, p. 73):

O Serviço Social como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classe desse modelo societário. É um dos responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação das políticas destinadas a tratar a chamada “questão social”, que surgiu com a implantação do sistema capitalista e que, hoje, ganha novos contornos a partir do complexo quadro formado pelos monopólios e pelo ideário neoliberal.

De acordo com Yamamoto (1998, p. 18), a questão social é:

Apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Neste mesmo sentido, a autora ressalta que os assistentes sociais trabalham a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as que os indivíduos experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública e outras. A atuação do Serviço Social não se limita à esfera macro-social (conjuntural, estrutural), mas também à micro-social que concretiza ou cumpre sua “vocação” profissional, pois no cotidiano confronta-se com as necessidades e carências fundamentais do ser humano, não só na esfera do econômico e técnico, como também na do afetivo.

Pode-se afirmar que o Serviço Social é, portanto, uma profissão interventiva e interdisciplinar, que possibilita a identificação das necessidades e condições sociais em que os usuários estão inseridos.

Yamamoto (1998, p. 74) ressalta que:

a prática profissional não deve ser considerada “isoladamente”, “em si mesma”, mas em seus “condicionantes”, sejam eles “internos” – os que dependem do desempenho do profissional – ou “externos” – determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se realiza a prática do assistente social.

Para Rodrigues (1999), as condições básicas para o exercício da prática exigem o conhecer e o compreender para intervir. Exige querer saber, assumir e responsabilizar-se por ações que interpretam a realidade social, buscando as necessidades singulares e coletivas para as transformações sociais.

Segundo Sant'Ana (2000), é no bojo do processo de renovação do Serviço Social, a partir da década de 80, que se inicia a construção do projeto ético-político da profissão, apoiado no novo Código de Ética do Assistente Social (Brasil, 1993), que tem como princípios fundamentais, dentre outros:

- o reconhecimento da liberdade como valor ético central que implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais;
- a defesa intransigente dos direitos humanos, trazendo como contrapartida a recusa a todas as formas de autoritarismo e arbítrio;
- ampliação e consolidação da cidadania, exigindo a defesa dos seus direitos civis, sociais e políticos;
- a defesa do aprofundamento da democracia e posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais;
- o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (IAMAMOTO, 1998 e BRASIL, 1993).

Portanto, nessa direção estratégica do Serviço Social, enfatiza-se o seu compromisso ético-político, o que requer uma nova natureza de trabalho profissional que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional, mas lhes atribui um tratamento teórico – metodológico e ético – político diferenciado.

Sant'Ana (2000) e Iamamoto (1998), ao defender o projeto ético político, exigem do profissional uma postura crítica perante o mundo. Tal perspectiva reforça o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, com o respeito aos usuários e a defesa de seus direitos sociais, investindo na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de seletividade no acesso aos atendimentos. Significa ainda comprometer-se com o fortalecimento do usuário, atuando numa perspectiva de totalidade.

Sant'Ana (2000) relata que há diversas contradições e limites que estão presentes na ação profissional, oriundos da própria inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho hoje vigente. Porém, é preciso ressaltar que em qualquer espaço institucional é possível e exequível uma prática comprometida com o projeto ético-político da profissão, desde que o assistente social tenha um alinhamento teórico-político com tal projeto. O que

varia, nos diversos espaços de atuação, são as estratégias e os níveis de avanço que esse procedimento pode alcançar, de acordo com os limites impostos pela realidade institucional e o tipo de demanda que o profissional precisa atender. O fato de a maioria dos profissionais não se comprometer integralmente com uma prática transformadora é resultado da falta de preparo e comprometimento por parte destes, que acabam por fazer cumprir os projetos institucionais e nem sempre priorizam a qualidade do atendimento de seus usuários.

Enfim, para Netto (2006, p. 141):

o projeto assinala claramente que o desempenho ético-político dos assistentes sociais só se potencializará se o corpo profissional articular-se com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e, notadamente, com os movimentos que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores.

Para Matos (2000), Souza (2001) Costa (1998) e Vasconcelos (1999) o desafio é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, sendo necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

3. Metodologia

A presente pesquisa foi exploratória e descritiva, na medida em que a primeira permite aumentar o conhecimento de uma determinada realidade, estabelecendo uma maior familiaridade com o assunto, a segunda traz a descrição dos dados.

De acordo com Triviños (1995), a pesquisa exploratória “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” e a descritiva pretender “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

Ainda de acordo com Barros, Lehefeld (2000), a pesquisa descritiva engloba a pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

A metodologia da pesquisa consistiu na abordagem quanti-qualitativa, ou seja, além da quantificação e descrição de dados objetivos se preocupará em trabalhar com o universo dos significados e valores.

Conforme Minayo (1994, p. 22), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles

interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Da pesquisa quanti-qualitativa é possível afirmar que:

Os dados quantitativos prevêm a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos (CHIZZOTTI, 1998, p. 52).

Desta forma, para Chizzotti (1998), as pesquisas qualitativas procuram compreender as experiências que os sujeitos têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram, partindo do princípio que todos os sujeitos são igualmente dignos de estudo, permanecem únicos e todos os seus pontos de vista são relevantes. Além disso, a pesquisa qualitativa tem como características gerais: o fato de ser descritiva, de ter ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave (FURTADO, 2006).

O universo deste estudo foi constituído por 45 profissionais (incluindo seis diretores) sendo das áreas: médica – 13; enfermagem – 12; serviço social – 6; nutrição – 4, e psicologia – 4; e, ainda, 3.500 usuários das enfermarias de oncologia: hematologia, toraco e abdômen, craniobucomaxilofacial, atendimento à mulher, pediatria, urologia, transplante de medula óssea (TMO) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que estiveram em tratamento no HAC.

A amostra foi constituída por 36 profissionais (80%), pacientes e responsável/acompanhantes na enfermaria de pediatria que aderirem ao estudo, no período de julho à agosto de 2008, mantendo a representatividade da amostra. O pré-teste foi aplicado com três sujeitos da pesquisa, verificando a necessidade ou não da reformulação do instrumental.

Desta forma, optamos por uma amostra intencional, na medida em que abordou a concepção destes profissionais e usuários sobre a humanização.

Como instrumental técnico para a coleta de dados, foi aplicado um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas para os profissionais, e um formulário para os usuários, cujas questões atenderão aos objetivos da pesquisa. Ao questionário e formulário foi anexada uma carta de esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua importância e o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se pelo método dialético, entendido como aquele que:

Pensa a relação de quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, buscando encontrar, na parte, a compreensão e a relação como um todo e a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos que podem ser entendidos nas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (MINAYO, 1994, p. 22-3).

4. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo procura-se sistematizar os dados encontrados durante o processo de investigação; para tanto, os resultados a seguir serão apresentados em dois momentos distintos. O primeiro momento refere-se aos resultados dos questionários encaminhados aos profissionais do HAC e o segundo momento os resultados encontrados na opinião dos usuários do HAC.

4.1 Os profissionais do Hospital Amaral Carvalho

4.1.1 Perfil profissional

Para melhor compreendermos as questões abordadas em termos da realidade da humanização, houve o interesse em traçar o perfil dos profissionais, que atendem os pacientes, totalizando 36 profissionais (100,0%) distribuídos por área: 04 Diretores (11,1%), 08 Medicina (22,2%), 10 Enfermagem (28,0%), 04 Psicologia (11,1%), 04 Nutrição e (11,1%) e 06 Serviço Social (16,5%).

Apresentamos, em primeiro lugar, o perfil dos profissionais que constituíram a amostra do presente estudo, no que se refere ao: ano de graduação, tempo de experiência profissional, tempo de trabalho na instituição, vínculo empregatício e pós-graduação.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais do HAC

Área/ Ano de Graduação									
	1960 a 1970	1971 a 1980	1981 a 1990	1991 a 2000	2001 a 2007	Sub Tot	(%)	Se m	Tot al
Diretores	2 (50,0%)	-	1 (25,0%)	-	1 (25,0%)	4	100,	2	06
Medicina	1 (12,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	-	8	100,	5	13
Enfermagem	-	-	1 (10,0%)	6 (60,0%)	3 (30,0%)	10	100,	2	12
Psicologia	-	-	-	-	4	4	100,	-	4

Nutrição	-	-	-	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4	100,	-	4
Serviço Social	-	1 (16,6%)	-	1 (16,6%)	4 (66,6%)	6	100,	-	6
TOTAL	03 (8,33%)	03 (8,33%)	03 (8,33%)	12 (33,3%)	15 (41,6%)	36	100,	09	45

Área/ Tempo de experiência profissional

	01 a anos	06 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	+ de 20 anos	Sub Tot	(%)	Se res	Tota Ger
Diretores	-	-	1 (25,0%)	-	3 (75,0%)	4	100,	2	06
Medicina	-	1 (12,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	8	100,	5	13
Enfermage	2 (20,0%)	2 (20,0%)	3 (30,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)	10	100,	2	12
Psicologia	2 (50,0%)	2 (50,0%)	-	-	-	4	100,	-	4
Nutrição	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	-	-	4	100,	-	4
Serviço Social	3 (50,0%)	2 (33,3%)	-	-	1 (16,6%)	6	100,	-	6
TOTAL	08 (22,2%)	09 (25%)	07 (19,4%)	03 (8,33%)	09 (25%)	36	100,	09	45

Área/ Tempo de trabalho na instituição

	01 a anos	06 a anos	11 a 15 anos	16 a anos	+ de anos	Sub Tot	(%)	Se res	Tota Ger
Diretores	-	1 (25,0%)	1 (25,0%)	-	2 (50,0%)	4	100,	2	06
Medicina	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	8	100,	5	13
Enfermage	2 (20,0)	3 (30,0)	4 (40,0%)	1 (10,0)	1 (10,0)	10	100,	2	12
Psicologia	4 (100%)	-	-	-	-	4	100,	-	4
Nutrição	2 (50,0)	1 (25,0)	-	-	1 (25,0)	4	100,	-	4
Serviço Social	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,6%)	-	-	6	100,	-	6
TOTAL	12 (33,3)	08 (22,2)	08 (22,2%)	02 (5,55)	06 (16,6)	36	100,	09	45

Vínculo

	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral
Diretores	03	75,	01	25,	04 (100,0%)
Medicina	03	37,	05	62,	08 (100,0%)
Enfermagem	10	100,0	-	-	10 (100,0%)
Psicologia	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Nutrição	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	06	100,0	-	-	06 (100,0%)
TOTAL	30	83,	06	16,	36 100,0%)

Área/Pós

Diretores	01	25,0	02	50,0	-	-	01	25,	04	100,0	02	06
Medicina	03	27,2	05	45,4	02	18,	01	9,0	08	100,0	05	13
Enfermagem	01	10,0	08	80,0	01	10,	-	-	10	-	02	12
Psicologia	01	25,0	02	50,0	01	25,	-	-	04	100,0	-	04
Nutrição	02	28,5	04	57,1	01	14,	-	-	04	-	-	04
Serviço	01	25,0	02	75,0	-	-	-	-	06	100,0	-	06

TOTAL	09	23,0	23	58,9	05	12,8	02	5,1	36	100,0	08	45
--------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	------------	-----------	--------------	-----------	-----------

Analizando os dados da tabela 1 referente ao perfil profissional, observamos que de modo geral, constata-se que em relação ao **ano de graduação** dos 36 profissionais que aderiram ao estudo, 2 diretores (50,0%) concluíram o ensino superior no período de 1960 à 1970, seguidos de 4 medicina (50,0%) e 6 enfermagem (60,0%) que concluíram no período de 1991 à 2000, e comumente 4 psicologia (100,0%), 3 nutrição (75,0%) e 4 serviço social (66,6%) concluíram os estudos no período de 2001 à 2007. Os dados revelaram de modo geral que a maior concentração dos profissionais se graduou na década de 90 (33,3%).

Quanto ao **tempo de experiência profissional**, constata-se que dos 36 profissionais, 3 diretores (75,0%) e 4 medicina (50,0%) trabalha á mais de vinte anos em suas receptivas áreas, 3 enfermagem (30,0%) de 11 á 15 anos, 2 psicologia (50,0%) de 6 á 10 anos e 2 (50,0%) de 1 á 5 anos, seguido de 2 nutrição (50,0%) de 6 á 10 anos e 3 assistente social (50,0%) de 1 á 5 anos. No geral a maior concentração ocorre nas faixas de 06 a 10 anos e com mais de 20 anos (25%), revelando uma diversidade de profissionais na instituição.

Com relação ao tempo de **trabalho na instituição** 2 diretores (50,0%) e 3 medicina (37,5%) trabalham na instituição a mais de 20 anos, 4 enfermagem (40,0%) de 11 á 15 anos e 4 psicologia (100,0%), 2 nutrição (50,0%) e 3 serviço social (50,0%) têm de 1 á 5 anos de trabalho na instituição. Podemos observar que 33,3% dos profissionais possuem pouco tempo na instituição, correspondendo de 1 a 5 anos.

Com isso o tempo de experiência profissional e tempo de trabalho na instituição varia de 1 á mais de 20 anos, havendo predominância dos profissionais que trabalham á mais de 20 anos, na diretoria e na área de medicina, seguido dos demais profissionais que trabalham no referido serviço de 1 á 10 anos. Esta característica favorece a criação do vínculo e da interação interprofissional, mas pode gerar a acomodação e resistência a mudanças.

Notamos ainda na tabela 1 que dos 36 profissionais 1 diretoria (25,0%) e 5 medicina (62,5%) não possuem **vínculo empregatício** com a instituição, caracterizando-se como profissionais autônomos, vale ressaltar que estes profissionais trabalham na instituição á mais de 20 anos, e 30 profissionais das demais áreas, sendo 3 (75,0%) diretores, 3 (37,5%) medicina, 10 (100,0%) enfermagem, 4 (100%) psicologia, 4 (100%) nutrição e 6 (100,0%) serviço social, foram admitidos de acordo com o Código de Legislação Trabalhista (C.L.T.).

Outro dado relevante nessa categoria é que a totalidade dos profissionais que já

realizou algum curso de pós-graduação, a maior concentração (58,9%) em nível de especialização.

Com relação aos 36 profissionais, 2 diretores (50,0%), 5 medicina (45,4%), 8 enfermagem (80,0%), 2 psicologia (50,0%), 4 nutrição (57,1%), 2 assistente social (75,0%), seguidos de 23,0% que concluíram o aperfeiçoamento sendo 1 diretores (25,0), 3 medicina (27,2%), 1 enfermagem (10,0%), 1 psicologia (25,0%), 2 nutrição (28,5%), 1 assistente social (25,0%), 12,8% que realizaram o mestrado sendo 2 medicina (18,1%), 1 enfermagem (10,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (14,2%) e 5,1% que concluíram o doutorado, sendo 1 diretor (25,0%) e 1 medicina (9,0%).

Estes dados podem ser decorrentes do crescente aumento de cursos de pós- graduação no Brasil, especialmente na área da saúde.

Os novos perfis profissionais privilegiam a criatividade, a interatividade, a flexibilidade e o aprendizado contínuo. Além disso, os novos profissionais devem ser capazes de operacionalizar seu conhecimento de modo integrado às suas aptidões e vivências culturais (Silva e Cunha 2002, p. 81).

O que se evidencia pela atual tendência de introdução de práticas de humanização nos centros de atendimentos á saúde, na qual o Ministério da Saúde lançou em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

O programa busca melhorias na instituição hospitalar e na formação educacional de seus profissionais, com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, apontando, uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão se tornar mais modernos, dinâmicos e solidários, atendendo às expectativas de seus gestores e comunidade.

4.1.2 Concepção de humanização sob a ótica dos profissionais do Hospital Amaral Carvalho

Neste eixo apresenta-se a concepção sobre humanização na ótica dos profissionais, conhecimento do conceito de humanização hospitalar, bem como, considerações sobre o HAC ser um hospital humanizado.

Tabela 2 – Conhecimento, conceito de humanização e consideração sobre a humanização no HAC

Sabe o conceito de humanização hospitalar							
	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral		
Diretores	04	100.0	-	-	04 (100.0%)		
Medicina	08	100.0	-	-	08 (100.0%)		
Enfermagem	10	100.0	-	-	10 (100.0%)		
Psicologia	04	100.0	-	-	04 (100.0%)		
Nutrição	04	100.0	-	-	04 (100.0%)		
Serviço Social	05	83.3	01	16.7	06 (100.0%)		
TOTAL	35	97.2	02	2.8	36 (100.0%)		
Conceito de humanização hospitalar							
	Diretores	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Nutrição	Serviço Social	Total Geral
Qualidade nos serviços	-	02 (25,0)	01 (10,0%)	02 (50,0)	02 (50,0)	02 (40,0)	09 (25,8%)
Ter um olhar diferente, colocar-se no lugar do	02 (50,0)	-	02 (20,0%)	-	-	01 (20,0)	05 (14,3%)
O ser humano em sua totalidade	-	-	02 (20,0%)	02 (50,0)	-	-	04 (11,4%)
Esfera biopsicossocial	01 (25,0)	01 (12,5)	01 (10,0%)	-	-	-	03 (8,6%)
Respeitar os direitos dos pacientes	01 (25,0)	01 (12,5)	01 (10,0%)	-	-	-	03 (8,6%)
Atenção, cuidado, carinho ética.	-	-	-	-	01 (25,0)	01 (20,0)	02 (5,7%)
Tratamento e qualidade de vida	-	-	-	-	01 (25,0)	-	01 (2,8%)
Valorização do fator	-	-	01 (10,0%)	-	-	-	01 (2,8%)
Não respondeu	-	04 (50,0)	02 (20,0%)	-	-	01 (20,0)	07 (20,0%)
TOTAL	04 (11.4)	08 (22.8)	10 (28.6%)	04 (11.4)	04 (11.4)	05 (14.3)	35 (100,0)
Considera os serviços do HAC humanizado							
	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral		
Diretores	04	100.0	-	-	04 (100.0%)		
Medicina	06	75.0	02	25.0	08 (100.0%)		
Enfermagem	10	100.0	-	-	10 (100.0%)		
Psicologia	04	100.0	-	-	04 (100.0%)		
Nutrição	03	75.0	01	25.0	04 (100.0%)		
Serviço Social	05	75.0	01	25.0	06 (100.0%)		
TOTAL	32	88.8	04	11.1	36 (100.0%)		

Na tabela 2 observamos as concepções dos profissionais sobre o **conceito de humanização hospitalar** revelando 97,2% sabem conhecem o conceito e apenas 1 profissional do serviço social (2.8%) desconhece este conceito.

Dentre os conceitos relatados pelos profissionais nota-se maior predominância, 9 profissionais (25,8%), sendo 2 (25,0%) medicina, 1 (10,0%) enfermagem, 2 (50,0%) psicologia, 2 (50,0%) nutrição e 2 (40,0%) serviço social que conceituam a **humanização hospitalar** como a qualidade dos serviços prestados, observamos ainda 5 profissionais (14,3%), sendo 2 (50,0%) medicina, 2 (20,0%) enfermagem e 1 (20,0%) serviço social que ressaltam a importância de se ter um olhar diferente, colocar-se no lugar do outro, seguido de 4 profissionais (11,4%), sendo 2 (20,0%) enfermagem e 2 (50,0%) psicologia que afirmam a importância de cuidar do ser humano em sua totalidade, 3 profissionais (8,6%), sendo 1 (25,0%) diretor, 1 (12,5%) medicina e 1 (10,0%) enfermagem, entendem a humanização como uma esfera biopsicossocial, 3 profissionais (8,6%), sendo 1 (25,0%) diretor, 1 (12,5%) medicina e 1 (10,0%) enfermagem destacam que humanizar é respeitar os direitos dos pacientes, 2 profissionais (5,7%), 1 (25,0%) nutrição e 1 (20,0%) serviço social, colocam que a humanização é a atenção, cuidado, carinho e ética, segundo 1 profissional (2,8%), sendo este da nutrição (25,0%), considera o tratamento e a qualidade de vida, e para 1 profissional (2,8%), sendo da enfermagem (10,0%), é a valorização do fator emocional.

Destacamos 7 profissionais (20,0%), sendo 4 (50,0%) medicina, 2 (20,0%) enfermagem, 1 (20,0%) serviço social, que apesar de terem informado ter conhecimento sobre o conceito de humanização, não responderão o conceito.

Humanizar significa respeitar o trabalhador, enquanto pessoa, enquanto ser humano. Significa valorizá-lo em razão da dignidade que lhe é intrínseca.

Isso apresenta vários desdobramentos. Por exemplo, o relacionamento interpessoal, necessidade social, conforme Maslow, 2000, a humanização hospitalar deve se pautar pelo diálogo, sem o qual as relações entre as pessoas resvala para conflitos vários. A dignidade jamais deve ser esquecida ou colocada em segundo plano. A prática da humanização deve ser observada interruptamente. O comportamento ético deve ser o princípio de vida da organização, uma vez que se ético é preocupar-se com a felicidade pessoal e coletiva.

Observou-se que vários foram os princípios norteadores do ponto de vista da Política Nacional de Humanização - PNH - MS (2004), destacados pelos profissionais considerando o conceito de Humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos

implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo; 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 necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento como demonstrado na tabela, acima.

Nesse sentido, verifica-se que, na concepção do grupo estudado, a humanização no ambiente de trabalho tem identificação com os princípios norteadores já enunciados pelo PNH. Assim, os profissionais demonstram ter conhecimento das diretrizes da Política, da importância de colocar em prática esses preceitos porque o processo de produção de saúde como já visto, é altamente complexo uma vez que, além da competência técnica, o profissional tem que estar apto para acompanhar a incorporação de novas tecnologias, além da necessidade constante de relacionamento humano entre os atores fornecedores de atenção a saúde – os profissionais e os usuários a quem é destinada essa atenção - o paciente.

Ainda de acordo com a tabela 2, quanto a opinião sobre o **HAC ser considerado humanizado**, podemos observar 30 profissionais (88,8%), sendo 4 (100,0%) diretores, 6 (75,0%) medicina, 10 (100,0%) enfermagem, 4 (100,0%) psicologia, 3 (75,0%) nutrição e 5 (75,0%) serviço social consideram os serviços humanizados. Já 4 profissionais (11,1%) que não consideram os serviços do Hospital Amaral Carvalho humanizados, sendo 2 medicina, (25,0%), 1 nutrição (25,0%), 1 serviço social (25,0%). Dessa forma, quando questionados o porquê da não consideração dos serviços humanizados, os profissionais justificaram:

Falta treinamento, esclarecimentos. (Sujeito 2, medicina)

É humanizado em parte, ainda falhamos bastante, entendemos mais a técnica. (Sujeito 4 medicina).

Está em fase de implantação. (Sujeito 3, serviço social).

Não justificou. (Sujeito 2, nutrição).

Desta forma acreditamos que a humanização é um processo, conforme aponta Martins (2000), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, o qual se oferecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamento, que sempre despertam

inseguranças. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Sabemos o quanto é importante à humanização hospitalar e concordamos com Alamy (2005, p.7).

Pode-se tentar despertar a humanização, porque, na verdade, não há como ensiná-la, não há como ensinar alguém a ser bom, ou se é ou não se é. É inimaginável que alguém possa cumprir protocolos de como proceder tecnicamente para ser bom. Seria como se houvesse maneira técnica de segurar com carinho a mão de alguém que a estende em sua direção ou invés de furtar-se a esquivar-se de soslaio e fingir que nada viu. Mas, é possível fazê-lo entender que o mínimo é ser educado, tratável, gentil com os outros.

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, um valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre os gestores, técnicos e usuários (BRASIL, 2002, p. 20).

4.1.3 As ações reconhecidas para caracterização da humanização na ótica dos profissionais

Neste eixo procuramos apresentar dados relativos às interações entre gestores e demais profissionais, condições de trabalho, assistência prestada, ambiente de trabalho, dentre outros aspectos relevantes ao favorecimento da satisfação profissional em suas atividades laborais.

A seguir apresentar-se-á a interação entre a gestão hospitalar e os demais profissionais.

Tabela 3 – Satisfação dos profissionais quanto aos relacionamentos interpessoais e ambiente hospitalar.

Discussões internas para avaliar a qualidade do serviço					
	Nunca	Às vezes	Muitas	Sempre	Total Geral
Diretores	-	-	-	04 (100,0%)	04 (100,0%)
Medicina	01 (12,5%)	02 (25,0%)	02 (25,0%)	03 (37,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	02 (20,0%)	02 (20,0%)	02 (20,0%)	04 (40,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	04 (66,6%)	01 (16,7%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	04 (11,1%)	10 (27,8%)	07 (19,4%)	15 (41,7%)	36 (100,0%)
Oportunidade de sugerir melhoria no serviço					
	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total Geral
Diretores	-	01 (25,0%)	-	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	03 (37,5%)	03 (37,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	04 (40,0%)	01 (10,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	04 (100,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	03 (50,0%)	02 (33,3%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	14 (38,9%)	09 (25,0%)	13 (36,1%)	36 (100,0%)

Consideração das sugestões dos profissionais na tomada de decisões

	Nunca	As vezes	Muitas	Sempr	Total
Diretores	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	03 (37,5%)	03 (37,5%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	03 (30,0%)	01 (10,0%)	06 (60,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	-	04 (66,6%)	02 (33,4%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	12 (33,3%)	11 (30,5%)	13 (36,1%)	36 (100,0%)

Divergências e conflitos são administrados pela chefia

	Nunca	As vezes	Muitas	Sempr	Total
Diretores	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	03 (37,5%)	03 (37,5%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	03 (30,0%)	02 (20,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	-	-	04 (66,6%)	02 (33,4%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	06 (16,7%)	14 (38,9%)	16 (44,4%)	36 (100,0%)

Normas do hospital são aplicadas uniformemente aos profissionais

	Nunca	As vezes	Muitas	Sempr	Total
Diretores	-	-	-	04 (100,0)	04 (100,0%)
Medicina	-	04 (50,0%)	02 (25,0%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	05 (50,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	-	04 (100,0)	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	-	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	01 (16,7)	02 (33,3%)	02 (33,3%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	01 (2,8%)	08 (22,2%)	09 (25,0%)	18 (50,0%)	36 (100,0%)

Com relação às **discussões internas para avaliar a qualidade do serviço** podemos verificar na tabela 3, que 4 diretores (100,0%), 3 medicina (37,5%), 4 enfermagem (40,0%) e 3 psicologia (75,0%) reconhecem que sempre ocorrem as discussões internas para avaliar a qualidade dos serviços, seguido de 2 profissionais nutrição (50,0%) e 4 serviço social (66,7%) que referem que ocorrem às vezes, observa-se ainda, que para 2 medicina (25,0%),

2 enfermagem (20,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,6%) estas discussões ocorrem

muitas vezes e para 1 medicina (12,5%), 2 enfermagem (20,0%) e 1 nutrição (25,0%) ressaltam nunca terem participado dessas discussões e não saberem de sua existência. De um modo geral pode observar que 15 (41,7) dos profissionais reconhecem que sempre ocorrem as discussões internas para avaliar a qualidade dos serviços.

Conforme Brasil, (2004a, p.5)

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionados de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Quanto à **oportunidade de sugerir melhoria no serviço** é importante destacar que embora 4 profissionais relatassem não haver discussões internas para avaliar a qualidade do serviço, nenhum profissional afirmou não ter oportunidade de sugerir melhoria ao serviço. Dentre os 36 profissionais, 14 (38,9%), sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 4 enfermagem (40,0%), 4 nutrição (100,0%) e 3 serviço social (50,0%), disseram que tem a oportunidade de sugerir melhoria no serviço às vezes, enquanto 9 (25,0%), sendo 3 medicina (37,5%), 1 enfermagem (10,0%), 3 psicologia (75,0%) e 2 serviço social (33,3%) relatam que muitas vezes tem esta oportunidade e 13 (36,1%), dos quais são 3 diretoria (75,0%), 3 medicina (37,5%), 5 enfermagem (50,0%), 1 psicologia (25,0%) e 1 nutrição (16,7%), destacam sempre terem oportunidade de sugerir melhorias. Em síntese observa-se que dos 36 profissionais 14(38,9%) revelam que às vezes possuem a oportunidade de sugerir melhoria no serviço.

Ainda na tabela 3, sobre as **considerações das sugestões dos profissionais** nas tomadas de decisões, observamos que dos 36 profissionais, 12 (33,3%), sendo 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 2 nutrição (50,0%) e 4 serviço social (66,6%), relatam que às vezes, chefias e direção hospitalar consideram as sugestões dos funcionários nas tomadas de decisões, para 11 (30,5%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 1 enfermagem (10,0%), 3 psicologia (75,0%), 1 nutrição (25,0%) e 2 serviço social (33,4%), muitas vezes, estes consideram suas sugestões, enquanto 13 (36,1%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 2 medicina (25,0%), 6 enfermagem (60,0%), 1 psicologia (25,0%) e 1 nutrição (25,0%), relatam sempre terem consideração de suas sugestões nas tomadas de

decisões. Embora nem sempre seja possível acatar todas as sugestões, é dada a elas a devida importância, desde que sejam pertinentes e proporcionem melhoria da satisfação dos profissionais e da assistência aos usuários.

Com relação às **divergências e conflitos são administrados**, adequadamente pela chefia, dos 36 profissionais, 6 (16,7%), sendo 3 medicina (37,5%) e 3 enfermagem (30,0%), consideram que apenas às vezes a chefia administra divergências e conflitos entre a equipe, 14 (38,9%), sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 2 enfermagem (20,0%), 2 psicologia (50,0%), 2 nutrição (50,0%) e 4 serviço social (66,6%), disseram que a chefia muitas vezes administra estes conflitos. No contexto geral percebemos que 16 (44,4%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 2 medicina (25,0%), 5 enfermagem (50,0%), 2 psicologia (50,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,4%), confirmaram que há uma boa administração da chefia, a qual busca controlar as divergências entre profissionais e usuários.

Quanto **se as normas do hospital são aplicadas uniformemente aos profissionais** – nesta subcategoria houve grande divergência de opiniões dentre os profissionais, apenas 1 serviço social (2,8%) considera que as normas do hospital nunca são aplicadas uniformemente, são diferenciadas conforme a profissão/cargo ocupado no hospital, enquanto para 8 (22,2%) profissionais, sendo 4 medicina (50,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), às vezes as normas são aplicadas uniformemente, e para 9 profissionais (25,0%), sendo 2 medicina (25,0%), 5 enfermagem (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), muitas vezes aplicam-se uniformemente as normas. Na avaliação geral 18 (50,0%) dos profissionais, sendo 4 diretores (100,0%), 2 medicina (25,0%), 5 enfermagem (50,0%) e 4 psicologia (100,0%), relatam que sempre são aplicadas às normas uniformemente.

Como houve grande divergência de opiniões acreditamos ser necessário notificar à direção do hospital para que sejam tomadas as providências cabíveis, até mesmo com criação de novas normas e revisão das existentes, possibilitando o cumprimento de todos.

Chiavenato (1981) aponta um dos objetivos fundamentais da avaliação é “fornecer oportunidades de crescimento e condições de efetiva participação a todos os membros da organização”.

Área como a da Saúde, não funciona sozinha – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capaz de promover a

humanização do serviço, estender-se, também, à formação educacional dos profissionais de saúde. É no processo de formação que se firmam valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde. (BRASIL, 2005, p. 5).

Tabela 4 - Condições de trabalho no Hospital Amaral Carvalho - HAC

Ambiente adequado					
	Ruim	Regula	Bom	Muito	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	01 (12,5%)	05 (62,5%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	10 (100,0)	-	10 (100,0%)
Psicologia	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	01 (16,7%)	02 (33,3%)	03 (50,0%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	03 (8,3%)	08 (22,3%)	22 (61,1%)	03 (8,3%)	36 (100,0%)
Segurança no trabalho					
	Rui	Regula	Bom	Muito	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	-	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	04 (50,0%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	08 (80,0%)	02 (20,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	04 (100,0)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	02 (33,3%)	04 (66,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	06 (16,7%)	23 (63,9%)	07 (19,4%)	36 (100,0%)

Equipamentos e materiais de trabalho					
	Rui	Regula	Bom	Muito	Total
Diretores	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	05 (62,5%)	01 (12,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	06 (60,0%)	04 (40,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	04 (100,0)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	03 (50,0%)	02 (33,3%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	07 (19,4%)	22 (61,1%)	07 (19,4%)	36 (100,0%)

Analisando a tabela 4 sobre as **Condições de trabalho no Hospital Amaral Carvalho – HAC**, observamos que com relação **ao ambiente de trabalho** percebemos que 3 (8,3%) profissionais, sendo 2 nutrição (50,0%) e 1 serviço social (16,7%) consideram o hospital ruim para exercerem suas funções, em virtude de estrutura deficiente e espaços sem conforto. Para 8 (22,3%) profissionais, sendo estes, 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%), 2 psicologia (50,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), considera regular, podendo melhorar a qualidade do ambiente de trabalho. Já 22 profissionais (61,1%), sendo 2 diretor (50,0%), 5 medicina (62,5%), 10 enfermagem (100,0%), 2 psicologia (50,0%) e 3 serviço social (50,0%), destacaram que o ambiente é bom, o que pode ser justificado pelo fato de alguns setores estarem passando por obras de ampliação e modernização, enquanto 3 (8,3%) profissionais, 1 diretor (25,0%) e 2 medicina (25,0%), classificaram o ambiente como muito bom, provavelmente por estarem trabalhando nos locais que já passaram pelas obras de ampliação e modernização nas condições da estrutura física.

Ressaltamos que embora 61,1% dos profissionais tenha respondido que as instalações físicas são adequadas, considera-se necessária a uma melhoria nessas instalações, pois a clientela atendida no hospital aumenta a cada dia e essas já se tornaram inadequadas para a demanda populacional do serviço.

Humanizar a arquitetura do hospital é a arte de adaptar sua construção ao atendimento das necessidades práticas e expressivas de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários. Seu objetivo é a criação de um adequado ambiente físico que favoreça o

desenvolvimento do trabalho e contribua na recuperação do paciente, aliviando o seu desconforto físico ou seu distúrbio mental, por meio de expedientes arquitetônicos.

Quanto a **Segurança no trabalho** observa-se na tabela 4 que 7 (19,4%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 2 medicina (25,0%) e 2 enfermagem (20,0%), consideram o hospital muito seguro para trabalhar, 23 (63,9%) profissionais, sendo 4 medicina (50,0%), 8 enfermagem (80,0%), 4 psicologia (100,0%), 3 nutrição (75,0%) e 4 serviço social (66,7%), este é um número relevante de profissionais que classificam a segurança no trabalho como boa, enquanto 6 (16,7%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 2 serviço social (33,3%), afirmam que a segurança é regular, devendo a direção do hospital tomar providências para solucionar possíveis intercorrências. No contexto geral identifica-se que 23 (63,9%) consideram como boa a segurança no trabalho.

Na questão de **equipamentos e materiais de trabalho** os dados revelam que em relação aos recursos materiais ofertados para a prestação da assistência, 22 (61,1%) dos profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 5 medicina (62,5%), 6 enfermagem (60,0%), 4 psicologia (100,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), consideraram de boa qualidade, por 7 (19,4%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%), 4 enfermagem (40,0%) e 1 serviço social (16,7%), os equipamentos foram considerados de ótima qualidade, enquanto 7 (19,4%) profissionais, sendo 2 medicina (25,0%), 2 nutrição (50,0%) e 3 serviço social (50,0%), não estão satisfeitos com os equipamentos classificando-os como regular.

De acordo com Teixeira (1997) à partir do ponto de vista das condições materiais, os avanços da ciência e da tecnologia têm contribuído para melhorar a assistência e aumentar as chances de tratamento e sobrevida de pacientes, no entanto, têm, cada vez mais, enfraquecido os vínculos entre profissionais de saúde e pacientes/usuários, pois a anamnese e exames físicos têm sido substituídos por aparelhos/máquinas que fornecem informações diagnósticas e indicam terapêuticas, diminuindo a participação do doente nesse processo de levantamento de suas condições de saúde. Na qual a atenção dirige-se para o doente e não para o indivíduo doente, tornando-se uma relação desumana.

Tabela 5 - Condições de apoio aos profissionais

A tabela 5 refere-se às **condições de apoio aos profissionais** englobando, refeitório, área de descanso, atividades recreativas e/ou sociais, programas psicossociais para equipe e

treinamentos para o aprimoramento dos profissionais.

Refeitório					
	Não existe	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	02 (25,0%)	01 (12,5%)	02 (25,0%)	03 (37,5)	08 (100,0%)
Enfermagem	05 (50,0%)	04 (40,0%)	01 (10,0%)	-	10 (100,0%)
Psicologia	02 (50,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	04 (100,0%)	-	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	04 (66,6%)	01 (16,7%)	01 (16,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	18 (50,0%)	09 (25,0%)	06 (16,7%)	03 (8,3%)	36 (100,0%)
Área de					
	Não existe	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	03 (37,5%)	03 (37,5%)	02 (25,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	09 (90,0%)	-	01 (10,0%)	-	10 (100,0%)
Psicologia	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	04 (100,0%)	-	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	04 (66,6%)	02 (33,4%)	-	-	06 (100,0%)
TOTAL	21 (58,3%)	09 (25,0%)	06 (16,7%)	-	36 (100,0%)
Atividades recreativas e/ou sociais para os profissionais					
	Não existe	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	04 (50,0%)	04 (50,0%)	-	-	08 (100,0%)
Enfermagem	05 (50,0%)	05 (50,0%)	-	-	10 (100,0%)
Psicologia	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	02 (33,3%)	03 (50,0%)	01 (16,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	14 (38,9%)	16 (44,4%)	06 (16,7%)	-	36 (100,0%)

Programas psicossociais para equipe					
	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	01 (25,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Medicina	03 (37,5%)	03 (37,5%)	01 (12,5%)	01 (12,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	03 (30,0%)	03 (30,0%)	04 (40,0%)	-	10 (100,0%)
Psicologia	-	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	02 (50,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço	02 (33,3%)	03 (50,0%)	01 (16,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	11 (30,6%)	12 (33,3%)	09 (25,0%)	04 (11,1%)	36 (100,0%)
Treinamentos para o aprimoramento dos profissionais					
	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	04 (50,0%)	04 (50,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	02 (20,0%)	04 (40,0%)	04 (40,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço	02 (33,3%)	01 (16,7%)	03 (50,0%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	03 (8,3%)	12 (33,3%)	15 (41,7%)	06 (16,7%)	36 (100,0%)

Quanto ao **refeitório** é importante destacar que não existe refeitório no hospital, sendo afirmado por 18 (50,0%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 5 enfermagem (50,0%), 2 psicologia (50,0%), 4 nutrição (100,0%) e 4 serviço social (66,6%), no entanto os demais profissionais (50,0%) responderam avaliando a lanchonete que existe no hospital, sendo esta terceirizada, e não utilizada pela maioria destes profissionais. Dos 18 (50%) profissionais que avaliaram o serviço, 9 (25,0%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 1 medicina (12,5%), 4 enfermagem (40,0%), 1 psicologia (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), classificam como precário, 6 (16,7%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 1 enfermagem (10,0%), 1 psicologia (25,0%) e 1 serviço social (16,7%) classificam como satisfatório e 3 (8,3%) profissionais, sendo 3 medicina (37,5%), disseram que o refeitório é bom.

Com relação à **área de descanso** os dados da tabela 5 demonstram que este aspecto varia de acordo com cada profissional respondente, pois há área de

descanso apenas para alguns profissionais de determinada área. Observa-se que dos 36 profissionais, 21 (58,3%), sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 9 enfermagem (90,0%), 4 nutrição (100,0%) e 4 serviço social (66,6%), disseram não existir área de descanso, por 9 (25,0%) profissionais sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 2 psicologia (50,0%) e 2 serviço social (33,4%), é precária, enquanto apenas 6 (16,7%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 1 enfermagem (10,0%) e 2 psicologia (50,0%), estão satisfeitos com a área de descanso. Esse dado também é relevante e necessário pois o sono é uma função protetora em todos os organismos, que permite a reparação e a recuperação dos tecidos após atividades. Daí, a necessidade de um ambiente adequado ao repouso dos funcionários, em especial dos que trabalham no horário noturno.

Nas **atividades recreativas e/ou sociais** para os profissionais identifica-se na tabela 5 que 14 (38,9%) profissionais, sendo 4 medicina (50,0%), 5 enfermagem (50,0%), 3 nutrição (75,0%) e 2 serviço social (33,3%), afirmaram não existir atividades recreativas, nem sociais. Este aspecto já vem sendo modificado através das atividades sociais e recreativas que a semana de humanização vem proporcionando aos funcionários/pacientes. Observamos ainda que 16 (44,4%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 4 medicina (50,0%), 5 enfermagem (50,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 3 serviço social (50,0%), avaliam as atividades como precárias, enquanto apenas 6 (16,7%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 3 psicologia (75,0%) e 1 serviço social (16,7%), destacam as atividades como satisfatórias.

Na tabela 5 os dados sobre os programas psicossociais para equipe revelaram que 11 (30,6%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), afirmam que não existe este tipo de programa no hospital para funcionários, 12 (33,3%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 1 nutrição (25,0%) e 3 serviço social (50,0%) disseram ser precário, enquanto 9 (25,0%), sendo 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%), 4 enfermagem (40,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), relataram estarem satisfeitos e apenas 4 (11,1%), sendo 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%) e 2 psicologia (50,0%), confirmaram que existem bons programas. Embora alguns profissionais tenham avaliado os programas psicossociais do hospital bom e satisfatório, estes devem ter se referido aos programas voltados para o paciente, pois não existem no

hospital programas psicossociais para a equipe no hospital. O trabalho do psicólogo hospitalar esta voltado para também a favorecer um apoio à equipe de saúde e orientar adequadamente familiares que acompanham o paciente.

Na questão de **treinamentos para o aprimoramento** dos profissionais os dados apresentados na tabela 5 que com relação aos 36 profissionais, 2 (50,0%) dos diretores estão satisfeitos, enquanto para 2 (50,0%) o treinamento é bom, segundo 4 (50,0%) medicina é precário, enquanto 4 (50,0%) avaliam como satisfatório, na área de enfermagem 2 (20,0%) consideram precário, 4 (40,0%) avaliam como sendo satisfatório e 4 (40,0%) conceituam como bom, 2 (50,0%) psicologia afirma que o treinamento é precário, enquanto 2 (50,0%) estão satisfeitos, 1 (25,0%) nutrição afirma que o serviço não existe, enquanto para 3 (75,0%) este é precário, 2 (33,3%) serviço social ressaltam não existir treinamentos para a equipe, 1 (16,7%) avalia como sendo precário e 3 (50,0%) mostraram-se satisfeitos. Observa-se que há grande divergência de opiniões, o que mostra-nos que apenas alguns profissionais de determinadas áreas são privilegiados quanto a realização de treinamentos para aprimoramento, no entanto, a reciclagem dos profissionais é muito importante para aperfeiçoamento dos profissionais. Além disso, há que se levar em consideração o contexto atual no qual a qualificação profissional é elemento chave e de vital importância para a compreensão de novas formas de organização do trabalho (Martins, 2004). O ambiente hospitalar é um dos locais onde há grande incorporação de novas tecnologias que dependem da competência humana para que o processo produtivo ou assistencial não seja prejudicado.

Segundo Silva e Cunha (2002, p. 77): “na perspectiva do trabalho na sociedade do conhecimento, a criatividade e a disposição para capacitação permanente serão requeridas e valorizadas”.

Neste sentido, um processo de formação para desenvolver competências profissionais deve se ocupar da esquematização de fatores de aprendizagem críticos, reflexivos, significativos e participativos. (BRASIL, 2007)

Capacitar é qualificar a pessoa para determinado trabalho, é tornar habilitado para o desempenho de uma função (SENA, 2007).

A importância da **capacitação/formação profissional** para a vida das pessoas, encontra-se na possibilidade de acesso às oportunidades de trabalho, que por sua vez, têm suas características modificadas a cada dia.

A capacitação não só dá condições para o exercício de determinadas profissões como também objetiva preparar o profissional para o mundo do trabalho, oferecendo a oportunidade de uma melhor adaptação ao mercado competitivo, uma vez que a pessoa

deverá estar pronta, com hábitos e atitudes condizentes às exigências desse mercado.

Na perspectiva do trabalho na sociedade do conhecimento, a criatividade e a disposição para capacitação permanente serão requeridas e valorizadas, motivo pelos quais os profissionais foram questionados quanto à garantia dos serviços prestados.

Tabela 6 - Garantia da qualidade dos serviços prestados

Sistema eficiente de marcação de consultas, retornos e exames laboratoriais					
	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	03 (37,5%)	03 (37,5)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	03 (30,0%)	07 (70,0)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	04 (100,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	-	04 (100,0%)	-	04 (100,0%)
Servico	-	-	05 (83,3%)	01 (16,7)	06 (100,0%)
TOTAL	-	02 (5,6%)	21 (58,3%)	13 (36,1)	36 (100,0%)
Cumprimento do horário de atendimento					
	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	03 (37,5%)	03 (37,5)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	04 (40,0%)	06 (60,0)	10 (100,0%)
Psicologia	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0)	04 (100,0%)
Servico	-	02 (33,3%)	04 (66,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	06 (16,7%)	18 (50,0%)	12 (33,3)	36 (100,0%)

Identificação dos profissionais

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	-	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	02 (25,0%)	04 (50,0%)	02 (25,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	02 (20,0%)	03 (30,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Serviço	-	01 (16,7%)	02 (33,3%)	03 (50,0%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	06 (16,7%)	14 (38,9%)	16 (44,4%)	36 (100,0%)

Boa comunicação entre os profissionais e os usuários

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	01 (12,5%)	03 (37,5%)	04 (50,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	04 (40,0%)	06 (60,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço	-	01 (16,7%)	01 (16,7%)	04 (66,6%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	05 (13,9%)	12 (33,3%)	19 (52,8%)	36 (100,0%)

Confiança entre as pessoas dos setores

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	-	05 (62,5%)	03 (37,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	03 (30,0%)	07 (70,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço	-	02 (33,3%)	03 (50,0%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	03 (8,3%)	18 (50,0%)	15 (41,7%)	36 (100,0%)

Como avalia o trabalho em equipe

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	-	03 (37,5%)	05 (62,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	03 (30,0%)	07 (70,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço	-	-	05 (83,3%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	-	02 (5,6%)	16 (44,4%)	18 (50,0%)	36 (100,0%)

Privacidade e confidencialidade do atendimento

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	01 (12,5%)	03 (37,5%)	04 (50,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	04 (40,0%)	06 (60,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	02 (50,0%)	-	01 (25,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço	-	05 (83,3%)	-	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	02 (5,6%)	06 (16,6%)	11 (30,6%)	17 (47,2%)	36 (100,0%)

Ambiente de espera confortável

	Não	Precári	Satisfatór	Bom	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	-	04 (50,0%)	04 (50,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	05 (50,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço	-	05 (83,3%)	01 (16,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	03 (8,3%)	14 (38,9%)	14 (38,9%)	05 (13,9%)	36 (100,0%)

Aparência do hospital					
	Não existe	Precário	Satisfatório	Bom	Total
Diretores	-	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	04 (50,0%)	04 (50,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	-	05 (50,0%)	05 (50,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	01 (16,7%)	05 (83,3%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	09 (25,0%)	21 (58,3%)	06 (16,7%)	36 (100,0%)
Sinalização das salas					
	Não existe	Precário	Satisfatório	Bom	Total
Diretores	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	-	04 (50,0%)	04 (50,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	01 (10,0%)	06 (60,0%)	03 (30,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	04 (100,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	-	03 (50,0%)	03 (50,0%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	16 (44,4%)	17 (47,2%)	03 (8,3%)	36 (100,0%)
Instalações físicas adequadas					
	Não	Precário	Satisfatório	Bom	Total
Diretores	-	-	04 (100,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	-	03 (37,5%)	05 (62,5%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	01 (10,0%)	07 (70,0%)	02 (20,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	03 (75,0%)	01 (10,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	-	04 (100,0%)	-	-	04 (100,0%)
Serviço	-	03 (50,0%)	03 (50,0%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	-	14 (38,9%)	20 (55,6%)	02 (5,5%)	36 (100,0%)
Orientações sobre prevenção e educação em saúde					
	Não	Precário	Satisfatório	Bom	Total
Diretores	-	-	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100,0%)
Medicina	-	05 (62,5%)	03 (37,5%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	-	02 (20,0%)	06 (60,0%)	02 (20,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Nutrição	-	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço	-	01 (16,7%)	05 (83,3%)	-	06 (100,0%)
		10	19	07	36

TOTAL	-	(27,8%)	(52,8%)	(19,4%)	(100,0%)
--------------	---	---------	---------	---------	-----------------

Os dados da tabela 6 referem-se à **garantia da qualidade dos serviços** prestados abrangendo: sistema de marcação de consultas, cumprimento do horário de atendimento, Identificação dos profissionais, comunicação entre os profissionais e os usuários, confiança entre as pessoas dos setores, avaliação do trabalho em equipe, privacidade e confidencialidade do atendimento, ambiente de espera, aparência do hospital, sinalização das salas, Instalações físicas e orientações sobre prevenção e educação em saúde.

Quanto ao **sistema eficiente de marcação de consultas**, retornos, exames laboratoriais, sessões de quimioterapia, radioterapia, transfusões de sangue. Observamos que 21 (58,3%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 4 psicologia (100,0%), 4 nutrição (100,0%) e 5 serviço social (83,3%), informaram que os serviços são satisfatórios, 13 (36,1%), sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 7 enfermagem (70,0%) e 1 serviço social (16,7%), ressaltam que o sistema é bom, enquanto apenas 2 (5,6%) profissionais, sendo da área de medicina (25,0%), consideram o sistema precário, vale ressaltar, que em virtude da demanda de pacientes atendidos pelo serviço, há uma grande demora para agendar consultas e exames, sendo necessários muitas vezes encaminhar o paciente para sua cidade de origem para viabilização de exames.

Para o **cumprimento do horário de atendimento**, os dados revelam que dentre os 36 profissionais, 18 (50,0%), sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 4 enfermagem (40,0%), 3 psicologia (75,0%), 2 nutrição (50,0%) e 4 serviço social (33,3%), consideram este aspecto satisfatório, enquanto 12 (33,3%) profissionais, sendo 2 diretor (50,0%), 3 medicina (37,5%), 6 enfermagem (60,0%) e 1 nutrição (25,0%), avaliam que é bom e 6 (16,7%) profissionais, sendo 2 medicina (25,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 2 serviço social (33,3%), afirmam sua precariedade, pois há muita demora. De acordo com o depoimentos de um profissional de medicina: “ *o paciente chega no hospital às sete horas e é atendido às treze horas, falta equipe.*” Isso chama-nos a atenção, pois há uma longa fila de espera para o atendimento do usuário, devido à grande demanda, sendo esta uma atividade essencial para humanização hospitalar. Isso sugere medidas urgentes para o cumprimento da PNH.

De acordo com Brasil, (2008 p.31) é necessário “reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso, acolhimento e resolutivo baseados em critérios de risco”.

Na tabela 6 sobre a **identificação dos profissionais** constatamos que 14 (38,9%), sendo 4 medicina (50,0%), 3 enfermagem (30,0%), 3 psicologia (75,0%), 2

nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), consideram este aspecto satisfatório, 16 (44,4%), sendo 3 diretores (75,0%), 2 medicina (25,0%), 5 enfermagem (50,0%), 1 psicologia (25,0%), 2 nutrição (50,0%) e 3 serviço social (50,0%), assinalaram que existe uma boa identificação, enquanto 6 (16,7%), sendo 1 diretor (25,0%), 2 medicina (25,0%), 2 enfermagem (20,0%) e 1 serviço social (16,7%), avaliam como sendo precário. Isto ocorre, devido à identificação de apenas alguns profissionais. Porém, vale ressaltar que todos os profissionais possuem jalecos contendo nome e profissão e crachá de identificação, mas nem todos utilizam. Esse fator também é relevante, pois é uma das marcas ou resultados nas direções da Política Nacional de Humanização (PNH) Brasil, (2008, p. 31), “identificação dos profissionais que cuidam da saúde e dos serviços de saúde e que se responsabilizarão pela referência territorial e atenção integral”.

Com relação à **comunicação entre os profissionais e os usuários**, observamos que dos 36 profissionais, 19 (52,8%), sendo 2 diretores (50,0%), 4 medicina (50,0%), 6 enfermagem (60,0%), 2 psicologia (50,0%), 1 nutrição (25,0%) e 4 serviço social (66,6%), assinalaram como boa, enquanto 12 (33,3%) profissionais, 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 4 enfermagem (40,0%), 2 psicologia (50,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), classificaram como satisfatória esta comunicação, enquanto 5 (13,9%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%), 2 nutrição (50,0%) e 1 serviço social (16,7%), consideram como precária. Esse aspecto é de extrema relevância, pois a comunicação é o meio de transmitir informações e orientações essenciais ao bom atendimento, além desta ser essencial para humanização da prática médica, para uma relação harmoniosa, contemplando o ser de forma holística.

O processo de humanização deve cuidar da montagem de espaços comunicativos que permitam a circulação de temas de interesse para os coletivos dos hospitais, favorecendo o laço social e a troca das experiências significativas de cada um no mundo vivido do trabalho.

O diálogo é garantido segundo os princípios da PNH (Brasil, 2008, p.38), “ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção”.

A **confiança entre as pessoas dos setores** os dados revelam que 18 profissionais (50,0%), sendo 1 diretor (25,0%), 5 medicina (62,5%), 3 enfermagem (30,0%), 3 psicologia (75,0%), 3 nutrição (75,0%) e 3 serviço social (50,0%), estão satisfeitos quanto a este aspecto, 15 (41,7%), sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 7 enfermagem (70,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (25,0%), consideram bom e para 3 (8,3%), 1 diretor (25,0%) e 2 serviço social

(33,3%), esta confiança é precária, no entanto o seu grau é variável conforme o setor e a percepção pessoal.

Na **avaliação do trabalho em equipe**, observamos que 16 profissionais (44,4%), sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 3 psicologia (37,0%), 1 nutrição (25,0%) e 5 serviço social (83,3%), avaliam estarem satisfeitos com a equipe, 18 (50,0%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 5 medicina (62,5%), 7 enfermagem (70,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), consideram que há um bom entrosamento entre os profissionais e apenas 2 (5,6%) profissionais, sendo 2 nutrição (50,0%), avaliam que o trabalho em equipe é precário.

Na questão de **privacidade e confidencialidade** do atendimento observamos que 11 (30,6%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 4 enfermagem (40,0%), 2 psicologia (50,0%) e 1 nutrição (25,0%), relataram estarem satisfeitos por existir esta privacidade no serviço, sendo que 17 (47,2%), sendo 3 diretores (75,0%), 4 medicina (50,0%), 6 enfermagem (60,0%), 2 psicologia (50,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), consideram como bom e outros 6 (16,6%), sendo 1 medicina (12,5%) e 5 serviço social (83,3%), avaliam que é precário. Houve ainda, 2 (5,6%) profissionais, sendo 2 nutrição (50,0%), que referiram a inexistência de privacidade e confidencialidade no trabalho para profissionais, pacientes e acompanhantes.

Esse dado revela necessidade de implementar as ações de Humanização, reafirmam-se os princípios da PNH (BRASIL, 2008), direcionados nos seguintes objetivos: “adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável”.

Quanto à avaliação do hospital pelos profissionais podemos destacar que em relação ao **ambiente de espera** 14 (38,9%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 4 medicina (50,0%), 5 enfermagem (50,0%), 1 psicologia (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), consideram este ambiente satisfatório, enquanto 5 (13,9) profissionais, sendo 5 enfermagem (50,0%), avaliaram como bom, adequado à espera dos usuários, e ainda, 14 (38,9%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 4 medicina (50,0%), 3 psicologia (75,0%), 1 nutrição (25,0%) e 5 serviço social (83,3%), avaliaram que o ambiente é precário, seguido de 3 (8,3%) profissionais, sendo 3 nutrição (75,0%), que afirmaram não existir um ambiente de espera confortável. Com essa afirmação torna-se necessário a criação de uma sala de espera para esta finalidade, contendo materiais de leitura e palestras aos pacientes/acompanhantes. Esse dado é de suma importância para que os

envolvidos com a humanização hospitalar possam dar condição humana; implicando em acolhimento e, sobretudo, em empatia e diálogo.

Na **aparência do hospital** 21 (58,3%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 4 medicina (50,0%), 5 enfermagem (50,0%), 1 psicologia (25,0%), 3 nutrição (75,0%) e 5 serviço social (83,3%), afirmaram ser satisfatório este quesito, enquanto 6 (16,7%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%) e 5 enfermagem (50,0%), avaliaram que a aparência é boa, seguido de 9 (25,0%) profissionais, sendo 4 medicina (50,0%), 3 psicologia (75,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), opinaram que é precário.

De acordo com Mezomo (1995) é importante observar a decoração e ambientação dos espaços, em especial, nas cores das roupas de cama e na cor das paredes e móveis. A presença de ambientes com música, salas de estar e leitura, televisão, favorecem a recuperação do paciente. Tudo isso influencia na saúde mental do profissional e usuário comprovando que a arte e a ciência proporcionam grande evolução nos conceitos de saúde, assim, como os aromas dos produtos de limpeza, que precisam ser o mais neutro possível, para evitar desconfortos.

Para a **sinalização das salas** 17 profissionais (47,2%), sendo 3 diretores (75,0%), 4 medicina (50,0%), 6 enfermagem (60,0%), 1 psicologia (25,0%) e 3 serviço social (50,0%), afirmaram existir sinalização no hospital, considerando-as satisfatória, seguido de 3 (8,3%) profissionais, sendo 3 enfermagem (30,0%), que avaliaram ter boa sinalização, enquanto 16 (44,4%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 4 medicina (50,0%), 1 enfermagem (10,0%), 3 psicologia (75,0%), 4 nutrição (100,0%) e 3 serviço social (50,0%), consideraram a sinalização precária. Já para as **instalações físicas** 20 (55,6%) profissionais, sendo 4 diretores (100,0%), 5 medicina (62,5%), 7 enfermagem (70,0%), 1 psicologia (25,0%) e 3 serviço social (50,0%), consideram satisfatório, 2 (5,5%), sendo 2 enfermagem (20,0%) consideraram boa e 14 (38,9%) profissionais, sendo 3 medicina (37,5%), 1 enfermagem (10,0%), 3 psicologia (75,0%), 4 nutrição (100,0%) e 3 serviço social (50,0%), afirmaram que as instalações são precárias.

Com relação às **orientações sobre prevenção e educação em saúde**, 19 (52,8%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 6 enfermagem (60,0%), 2 psicologia (50,0%), 2 nutrição (50,0%) e 5 serviço social (83,3%), disseram estarem satisfeitos, seguido de 7 (19,4%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 2 enfermagem (20,0%) e 2 psicologia (50,0%), que consideram bom. Houve ainda, 10 (27,8%) profissionais, sendo 5 medicina (62,5%), 2 enfermagem (20,0%), 2 nutrição (50,0%) e 1 serviço social (16,7%), que afirmaram ser precárias as

orientações sobre prevenção e educação em saúde.

Os dados encontrados reforçam que na construção de um serviço humanizado é preciso transitar, constantemente, de uma forma a outra. Trocar velhos modelos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular.

A humanização da assistência à saúde envolve, necessariamente, o trabalho conjunto de diferentes profissionais, em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção).

O trabalho humanizado pressupõe o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; presume que os trabalhadores participem de alguma maneira na tomada de decisões, na definição das tarefas e na construção de projetos que lhes digam respeito.

Tabela 7 - Valorização e motivação no trabalho

Valorização do profissional				
	Sempr	Eventualme	Nunca	Total
Diretores	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	-	08 (100,0%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	02 (20,0%)	06 (60,0%)	02 (20,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	04 (100,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	02 (33,3%)	04 (66,7%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	08 (22,2%)	25 (69,5%)	03 (8,3%)	36 (100,0%)
Recompensa dedicação no trabalho				
	Sempr	Eventualme	Nunca	Total
Diretores	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Medicina	01 (12,5%)	03 (37,5%)	04 (50,0%)	08 (100,0%)
Enfermagem	-	07 (70,0%)	03 (30,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	-	04 (100,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	-	04 (66,7%)	02 (33,3%)	06 (100,0%)
TOTAL	03 (8,3%)	20 (55,6%)	13 (36,1%)	36 (100,0%)
Motivação no				
	Sempr	Eventualme	Nunca	Total
Diretores	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)

Medicina	03 (37,5%)	04 (50,0%)	01 (12,5%)	08 (100,0%)
Enfermagem	03 (30,0%)	05 (50,0%)	02 (20,0%)	10 (100,0%)
Psicologia	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	02 (50,0%)	01 (25,0%)	04 (100,0%)
Serviço Social	01 (16,7%)	04 (66,6%)	01 (16,7%)	06 (100,0%)
TOTAL	12 (33,3%)	19 (52,8%)	05 (13,8%)	36 (100,0%)

Realização no				
	Sempr	Eventualme	Nunca	Total
Diretores	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Medicina	05 (62,5%)	03 (37,5%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	06 (60,0%)	04 (40,0%)	-	10 (100,0%)
Psicologia	02 (50,0%)	02 (50,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	01 (25,0%)	03 (75,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	03 (50,0%)	03 (50,0%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	19 (52,8%)	17 (47,2%)	-	36 (100,0%)

Conforme os dados da tabela 7 que apresenta a **valorização e motivação no trabalho** contemplando a recompensa na dedicação no trabalho e a realização no trabalho. Percebe-se que na **valorização do profissional** dentre os 36 profissionais, 8 (22,2%), sendo 3 diretores (75,0%), 2 enfermagem (20,0%), 1 nutrição (25,0%) e 2 serviço social (33,3%), afirmaram que sempre valorizam os profissionais, enquanto 25 (69,5%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 8 (100,0%) medicina, 6 (60,0%) enfermagem, 4 (100,0%) psicologia, 2 (50,0%) nutrição e 4 (66,6%) serviço social relataram ocorrer eventualmente esta valorização dos profissionais, e ainda, apenas 3 (8,3%) profissionais, sendo 2 enfermagem (20,0%) e 1 nutrição (25,0%) avaliaram nunca ocorrer esta valorização. No contexto geral a valorização do profissional é considerada como eventualmente para 25 (69,5%) profissionais. Esse dado revela um índice alto, pois no ambiente em que se encontram, existem diferenças culturais e o corporativismo que dificultam a integração, a valorização e o respeito entre as equipes. No entanto o respeito e escuta do funcionário por parte da gerência, o que nos remete a um dos pressupostos da política de Humanização (MS, 2004), considerado como um dos referenciais utilizados para este estudo, em que Humanização é “a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. Esse fato deve ser comunicado aos Dirigentes do HAC, pois a PNH (Brasil, 2008) prevê em suas marcas ou resultados das ações, “implementar as atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2008).

Quanto à **recompensa dedicação no trabalho** é importante destacar que embora 3 (75,0%) diretores responderão sempre haver valorização dos profissionais, 2 (50,0%) destes relataram que a recompensa no trabalho nunca acontece. Para 20 (55,6%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 3 medicina (37,5%), 7 enfermagem (70,0%), 4 psicologia (100,0%), 1 nutrição (25,0%) e 4 serviço social (66,7%), a recompensa dedicação no trabalho ocorre eventualmente, enquanto 13 (36,1%) profissionais, sendo 2 diretores, (50,0%), 4 medicina (50,0%), 3 enfermagem (30,0%), 2 nutrição (50,0%) e 2 serviço social (33,3%), disseram nunca receberem recompensa, no entanto, 3 (8,3%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 1 medicina (12,5%) e 1 nutrição (25,0%) 4 (50,0%) medicina e 2 (50,0%) nutrição afirmaram sempre receberem remuneração pela dedicação no trabalho. Este fator é bastante delicado para discutir, tendo em vista que uma das características inerentes ao ser humano é sempre querer algo mais, ou seja, todos os profissionais consideram ganhar insuficientemente para as atividades executadas.

Na questão de **motivação no trabalho** 12 (33,3%) profissionais, sendo 3 diretores (75,0%), 3 medicina (37,5%), 3 enfermagem (30,0%), 1 psicologia (25,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), responderão sempre haver motivação no trabalho, enquanto 19 (52,8%) profissionais, sendo 1 diretor (25,0%), 4 medicina (50,0%), 5 enfermagem (50,0%), 3 psicologia (75,0%), 2 nutrição (50,0%) e 4 serviço social (66,6%), afirmaram que eventualmente existe esta motivação, seguido de 5 (13,8%) profissionais, sendo 1 medicina (12,5%), 2 enfermagem (20,0%), 1 nutrição (25,0%) e 1 serviço social (16,7%), relataram nunca terem motivação no trabalho. O alto índice de valorização e reconhecimento pelo cliente/paciente, com certeza, é fator de estímulo e motivação para o bom desempenho da equipe, pois afinal de contas o cliente/paciente é reconhecido pela própria equipe como o seu maior e mais importante avaliador.

Quanto à **realização no trabalho** neste quesito 19 (52,8%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 5 medicina (62,5%), 6 enfermagem (60,0%), 2 psicologia (50,0%), 1 nutrição (25,0%) e 3 serviço social (50,0%), consideraram sempre haver esta realização para continuar trabalhando, seguido de 17 (47,2%) profissionais, sendo 2 diretores (50,0%), 3 medicina (37,5%), 4 enfermagem (40,0%), 2 psicologia (50,0%), 3 nutrição (75,0%) e 3 serviço social (50,0%), que confirmaram a realização no trabalho eventualmente. No entanto, foi unânime a afirmação de realização pessoal dos profissionais, mesmo que eventualmente.

A Política Nacional de Humanização – PNH segundo Brasil (2008), tem como um dos seus princípios norteadores: “valorizar a ambiência, com organização de espaços de

trabalho saudáveis e acolhedores”.

4.2 Os usuários do Hospital Amaral Carvalho

4.2.1 Perfil social dos usuários

No campo da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos. A fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), que se baseia na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos: *o que é devido ao paciente como um ser humano, pelos médicos e pelo Estado, se conformou em grande parte devido a esta compreensão dos direitos básicos da pessoa.* (VAITSMAN E ANDRADE, 2005).

Tabela 8 - Perfil dos usuários pesquisados

Faixa													
Unidades	18 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	Acima de 70	(%)	Total Ger
At. à	-	-	-	-	-	03,30,	-	01,10,	01,10,0	04,40,0	01,10,0	100,	10
C.P.	-	01,10,	-	-	-	-	05,50,	01,10,	01,10,0	01,10,0	01,10,0	100,	10
Hematologi	01,10,	01,10,	02,20,	01,10,0	01,10,0	02,20,	01,10,	-	01,10,0	-	-	100,	10
Oncologia	-	02,20,	02,20,	-	01,10,0	-	02,20,	01,10,	01,10,0	-	01,10,0	100,	10
Pediatria	02,20,	-	02,20,	02,20,0	-	01,10,	01,10,	01,10,	01,10,0	-	-	100,	10
T.M.O.	01,10,	02,20,	01,10,	02,20,0	01,10,0	02,20,	01,10,	-	-	-	-	100,	10
Toraco	-	-	-	01,10,0	01,10,0	03,30,	02,20,	01,10,	02,20,0	-	-	100,	10
Urologia	01,10,	-	-	01,10,0	-	04,40,	02,20,	02,20,	-	-	-	100,	10
U.T.I.	-	02,20,	02,20,	01,10,0	01,10,0	01,10,	01,10,	-	01,10,0	01,10,0	-	100,	10
TOTAL	05,5,6	08,8,9	09,10,	08,8,9	05,5,6	16,17,	15,16,	07,7,8	08,8,9	06,6,6	03,3,3	100,	90
Procedênci													
Unidades	Amazonas	Brasília	São Paulo	Ceará	Para	Rio de Janeiro	(%)	Total Geral					
At. à	-	-	10,100,0%	-	-	-	100,0	10					
C.P.	-	-	10,100,0%	-	-	-	100,0	10					
Hematologi	-	-	10	-	-	-	100,0	10					

Oncologia	-	-	(100,0%) 10	-	-	-	100,0	10
Pediatria	-	-	(100,0%) 10	-	-	-	100,0	10
T.M.O.	01 (10,0%)	01 (10,0%)	02 (20,0%)	03 (30,0%)	02 (20,0%)	01 (10,0%)	100,0	10
Toraco	-	-	10	-	-	-	100,0	10
Urologia	-	-	(100,0%) 10	-	-	-	100,0	10
U.T.I.	-	-	(100,0%) 10	-	-	-	100,0	10
TOTAL	01 (1,1%)	01 (1,1%)	82 (91,1%)	03 (3,3%)	02 (2,2%)	01 (1,1%)	100,0	90 (100,0)

Informantes

Unidades	Responsável/ Acompanhante	(%)	Usuário maior 18 anos	(%)	Total Geral
At. à Mulher	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
C.P.	01	10,0	09	90,0	10 (100,0%)
Hematologia	01	10,0	09	90,0	10 (100,0%)
Oncologia	-	-	10	100,0	10 (100,0%)
Pediatria	10	100,0	-	-	10 (100,0%)
T.M.O.	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
Toraco	02	20,0	08	80,0	10 (100,0%)
Urologia	-	-	10	100,0	10 (100,0%)
U.T.I.	10	100,0	-	-	10 (100,0%)
TOTAL	32	35,6	58	64,4	90 (100,0%)

Gênero

Unidades	Masculino	(%)	Feminino	(%)	Total Geral
At. à Mulher	-	-	10	100	10 (100,0%)
C.P.	10	100,0	-	-	10 (100,0%)
Hematologia	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
Oncologia	06	60,0	04	40,0	10 (100,0%)
Pediatria	05	50,0	05	50,0	10 (100,0%)
T.M.O.	08	80,0	02	20,0	10 (100,0%)
Toraco	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
Urologia	10	100,0	-	-	10 (100,0%)
U.T.I.	06	60,0	04	40,0	10 (100,0%)
TOTAL	53	58,9	37	41,1	90 (100,0%)

Escolaridade

Unidades	Analfabeto	Fundamental	Médio	Pós- graduação	(%)	Total
At. à Mulher	-	09 (90,0%)	01 (10,0%)	-	-	100,0 10 (100,0)
C.P.	-	08 (80,0%)	01 (10,0%)	01 (10,0%)	-	100,0 10 (100,0)
Hematologia	-	06 (60,0%)	02 (20,0%)	01 (10,0%)	01 (10,0%)	100,0 10 (100,0)
Oncologia	01 (10,0%)	02 (20,0%)	04 (40,0%)	03 (30,0%)	-	100,0 10 (100,0)
Pediatria	-	06 (60,0%)	04 (40,0%)	-	-	100,0 10 (100,0)
T.M.O.	-	03 (30,0%)	05 (50,0%)	02 (20,0%)	-	100,0 10 (100,0)
Toraco	02	04	02	02	-	100,0 10 (100,0)

	(20,0%)	(40,0%)	(20,0%)	(20,0%)			
Urologia	-	05 (50,0%)	03 (30,0%)	02 (20,0%)	-	100,0	10 (100,0)
U.T.I.	-	03 (30,0%)	03 (30,0%)	04 (40,0%)	-	100,0	10 (100,0)
TOTAL	03 (3,3%)	46 (51,1%)	25 (27,8%)	15 (16,7%)	01 (1,1%)	100,0	90 (100,0)

Analisando a tabela 8 que caracteriza o perfil dos usuários pesquisados segundo: idade, procedência, informante, sexo e escolaridade, constatamos que quanto a **faixa etária** dos usuários, variou de 18 à 95 anos, havendo predominância de 16 (17,8%) pacientes/acompanhantes na faixa etária de 46 à 50 anos, seguidos de 51 à 55 anos com 15 (16,7%) pessoas, enquanto 9 (10,0%) pacientes/ acompanhantes tem entre 31 e 35 anos e comumente 8 (8,8%) pessoas na faixa etária de 26 à 30 anos; de 36 à 40 anos e 61 à 65 anos.

Percebemos que 82 (91,1%) pacientes são de **procedência** do Estado de São Paulo, em virtude da proximidade geográfica com o H.A.C. Os demais pacientes são procedentes de outros Estados como pode ser observado na enfermaria de T.M.O., 1 (1,1%) Amazonas, 1 (1,1%) Brasília, 3 (3,3%) Ceara, 2 (2,2%) Paraná e 1 (1,1%) Rio de Janeiro.

Constata-se que dentre os 90 participantes, o responsável/acompanhante **informante** totalizam 32 (35,6%), enquanto paciente informante maior de 18 anos somam 58 (64,4%). É importante destacar que na enfermaria de pediatria todos os informantes foram os responsáveis/acompanhantes.

Com relação ao **sexo**, constata-se que dos 90 pacientes que aderiram ao estudo, 54 (60,0%) são do sexo masculino, com predominância nas enfermarias de C.P. (100,0%), Oncologia (60,0%), Pediatria (60,0%), T.M.O. (80,0%), Urologia (100,0%) e U.T.I. (60,0%). Enquanto 36 (40,0%) são do sexo feminino, com maior predominância nas enfermarias de Atendimento à Mulher (100,0%), Hematologia (60,0%) e Toraco e Abdômen (60,0%). Observa-se crescente número de pacientes do sexo masculino com maior resistência à procurar assistência médica para a realização de exames preventivos.

Quanto à **escolaridade**, dos 90 pacientes, 3 (3,3%) são analfabetos, 46 (51,1%) concluíram o ensino fundamental, 25 (27,8%) realizaram o ensino médio, enquanto 15 (16,7%) concluíram o ensino superior e apenas 1 (1,1%) realizou pós- graduação.

Segundo a Lei n. 9.394, 2006 artigo 2º, declara: "A educação, é dever da família e do estado, inspirada nos princípios de liberdade e os ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho" (BRASIL, 2006 a p. 290).

4.2.2 - Concepção de humanização na ótica dos usuários do Hospital Amaral

Carvalho

Conforme salienta Ayres (2005), o conceito de humanização passa a ocupar um lugar de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. O conceito de humanização vêm sendo discutidas questões que dizem respeito à democratização e qualidade da atenção à saúde prestada no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais ganha destaque a sensibilização nas relações entre os profissionais e os usuários.

Tabela 9 – Entendimento por Humanização

Humanização										
	At. À Mulher	Craniobucoma	Hematologia	Oncologia	Pediatria	T.M.O.	Toraco	Urologia	U.T.I.	(%)
Bom atendimento	02 20, 0	02 20, 0	02 20, 0	01 10, 0	03 30, 0	03 30, 0	01 10,0	05 50, 0	03 30,0	100
Carinho e paciência	03 30, 0	-	01 10, 0	01 10, 0	02 20, 0	-	02 20,0	01 10, 0	02 20,0	100
Solidariedade	01 10, 0	-	01 10, 0	-	-	-	-	-	-	100
Respeito	-	02 20, 0	01 10, 0	04 40, 0	01 10, 0	01 10, 0	-	02 20, 0	03 30,0	100
Tratar com dignidade	-	-	01 10, 0	01 10, 0	-	-	02 20,0	-	-	100
Etica	-	01 10, 0	-	-	-	-	01 10,0	-	01 10,0	100
Ter cuidado com o	-	-	01 10, 0	02 20, 0	-	-	02 20,0	01 10, 0	-	100
Ser eficiente	-	-	-	-	01 10, 0	03 30, 0	-	01 10, 0	-	100
Não respondeu	04 40,	05 50,	03 30,	01 10,	03 30,	03 30,	02 20,0	-	01 10,0	100

TOTAL	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	00
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	-----------

Com relação ao entendimento por humanização, os dados da tabela 9 revelam que dentre os 90 pacientes/acompanhantes, 22 (24,4%) consideram que humanização é o bom atendimento, seguido de 14 (15,5%) que avaliaram ser o respeito, enquanto 12 (13,3%) relataram o carinho e a paciência com os usuários. Houve ainda, 6 (6,6%) pacientes/acompanhantes que consideram que humanização é o cuidado com o outro, para 5 (5,5%) é ser um profissional eficiente, seguido de 4 (4,4%) que destaca dignidade, 3 (3,3%) consideram que a humanização depende da ética e 2 (2,2%) da solidariedade.

Vale ressaltar que 22 (24,4%) pacientes/acompanhantes relatarão não obter nenhum entendimento por humanização.

Segundo Deslantes, (2005, p. 621):

O termo humanização é extremamente polissêmico, ganhando interpretações de diversos matizes e influências ideológicas. As definições dos gestores se distribuem inicialmente em amplos núcleos de sentido: 1) associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia, respeito); 2) ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então interpretados de muitas e distintas maneiras); 3) agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento; 5) reconhecimento como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares; 6) vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

A autora ao analisar o documento oficial do Programa de Humanização (MS, 2000) observa que este inicia a sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários do SUS, que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde (DESLANDES, 2004).

Tal proposta nos remete a uma reflexão sobre a qualidade pretendida nos serviços de saúde e a opinião de seus usuários com a humanização no HAC.

Tabela 10 – Opinião da humanização no HAC

Gesto Humano no HAC

	At. À Mulher	C.P.	Hematologia	Oncologia	Pediatria	T.M.O.	Toraco	Urologia	U.T.I.	Total Geral	(%)
Atenção	02 20,0	03 30,	-	02 20,	01 10,	02 20,	02 20,	01 10,	01 10,	1	15,6
Dedicação	02 20,0	-	-	-	01 10,	-	01 10,	01 10,	02 20,	0	7,8
Carinho	04 40,0	03 30,	04 40,	04 40,	04 40,	01 10,	03 30,	03 30,	04 40,	3	33,3
Paciência	-	-	02 20,	-	01 10,	04 40,	-	-	-	0	7,8
Bom	02 20,0	02 20,	04 40,	02 20,	-	03 30,	03 30,	-	02 20,	1	20,0
Respeito	-	02 20,	-	01 10,	03 30,	-	01 10,	05 50,	01 10,	1	14,4
Humildade	-	-	-	01 10,	-	-	-	-	-	0	1,1
TOTAL	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9 n	100, n

O atendimento do HAC é humanizado

	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral
At. à Mulher	10	100,	-	-	10 (100,0%)
C.P.	09	90,0	01	10,	10 (100,0%)
Hematologia	09	90,0	01	10,	10 (100,0%)
Oncologia	10	100,	-	-	10 (100,0%)
Pediatria	09	90,0	01	10,	10 (100,0%)
T.M.O.	10	100,	-	-	10 (100,0%)
Toraco	10	100,	-	-	10 (100,0%)
Urologia	10	100,	-	-	10 (100,0%)
U.T.I.	10	100,	-	-	10 (100,0%)
TOTAL	87	96.7	03	3.3	90 (100.0%)

Conforme os dados da tabela 10 referente à opinião dos usuários sobre a humanização no HAC, verificamos que 30 (33,3%) pacientes/acompanhantes citaram como **gesto humano no HAC** o carinho, enquanto 18 usuários (20,0%) relataram ser o bom atendimento, seguido de 14 usuários (15,6%) que afirmaram ser a atenção, 13 (14,4%) responderão ser o respeito, e ainda, comumente 7 (7,8%) pacientes/acompanhantes destacaram a dedicação e a paciência e 1 (1,1%) ressaltou a importância da humildade no atendimento.

Quanto ao atendimento no **HAC ser humanizado**, dos 87 usuários (96,7%) consideram ser um hospital humanizado, enquanto 3 pacientes (3,3%) sendo estes, 1 C.P.; hematologia, pediatria, afirmaram que o atendimento ainda precisa melhorar, afirmaram que o atendimento ainda precisa melhorar, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

Não, porque não sei nem porque estou internada a dois dias, ainda não vi nem o médico, se quer, ele me deu uma satisfação, apenas realizei alguns exames, que também não me falaram o resultado, fui atendida por uma residência que não soube responder minhas perguntas, o mínimo que ele deveria ter feito, era ter me atendido no dia da internação;

O atendimento ainda é 99, 9, tem algumas pessoas muito sem educação;

Têm alguns profissionais que não tem ética;

“A humanização no hospital é importante, pois o paciente passa a ser tratado como pessoa que é, com todos os tipos de sentimentos que a interação pode suscitar, e não mais como apenas um doente (Duarte, 2005)”.

4.2.3 As ações reconhecidas para caracterização da humanização na ótica dos usuários

Todo cidadão poderá conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde. Os direitos dos pacientes estão garantidos na **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde** (BRASIL, 2006) que foi elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, com base nos seis princípios básicos de cidadania.

Conforme o primeiro princípio da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. Assim, fica garantido aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos.

No segundo e terceiro princípios esclarece ao cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor idade ou orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

O quarto princípio garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Fica assegurado ao paciente, o conhecimento de seu prontuário médico, sempre que solicitado por ele.

O quinto princípio fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado. Por exemplo: o paciente nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde, pois essa atitude pode prejudicar a precisão do diagnóstico dado pelo médico.

O sexto princípio garante que todos os princípios sejam cumpridos. Segundo ele, é necessário que todos os gestores da saúde, representantes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), se empenhem para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.

A seguir os resultados serão analisados com base nos princípios garantidos aos usuários do SUS.

Tabela 11 – Opinião sobre o atendimento da equipe com base no 2º princípio dos direitos dos usuários

Explicação dos procedimentos a serem realizados						
	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à Mulher	07	70,0	03	30,0	100,0	10
C.P.	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Hematologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Oncologia	07	70,0	03	30,0	100,0	10
Pediatria	09	90,0	01	10,0	100,0	10
T.M.O.	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Toraco	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Urologia	10	100,0	-	-	100,0	10
U.T.I.	10	100,0	-	-	100,0	10
TOTAL	74	82,2	16	17,8	100,0	90

Entendimento das explicações e orientações dadas

	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à Mulher	09	90,0	01	10,0	100,0	10
C.P.	07	70,0	03	30,0	100,0	10
Hematologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Oncologia	07	70,0	03	30,0	100,0	10
Pediatria	07	70,0	03	30,0	100,0	10
T.M.O.	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Toraco	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Urologia	08	80,0	02	20,0	100,0	10
U.T.I.	10	100,0	-	-	100,0	10
TOTAL	71	78,9	19	21,1	100,0	90

Os dados da tabela 11 demonstram a opinião sobre o atendimento da equipe com base no 2º princípio dos direitos dos usuários que assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Quanto à **explicação dos procedimentos** a serem realizados, 82,2% dos usuários relataram serem explicados os procedimentos, enquanto 17,8% responderão não haver explicações. Como podemos observar a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 3) garantem esses procedimentos;

II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras.

Com relação ao entendimento sobre as **explicações e orientações** dadas, verificamos conforme dados apresentados na tabela 11, que 78,9% dos usuários referem entender as explicações e orientações e 21,1% dos usuários afirmaram não as entender sendo, maior número de usuários na enfermaria de T.M.O. com 4 (40,0%). Acreditamos ser de extrema urgência resolver essa situação, pois o usuário deve ser orientado e não ficar com dúvidas quanto ao seu tratamento.

Tabela 12 – Opinião sobre o atendimento da equipe com base no 3º princípio dos Direitos dos usuários

Foi chamado pelo nome						
	Si	(%)	Não	(%)	(%)	Total Geral
At. à	10	100,0	-	-	100,0	10
C.P.	10	100,0	-	-	100,0	10
Hematolo	10	100,0	-	-	100,0	10
Oncologia	10	100,0	-	-	100,0	10
Pediatria	10	100,0	-	-	100,0	10
T.M.O.	10	100,0	-	-	100,0	10
Toraco	10	100,0	-	-	100,0	10
Urologia	10	100,0	-	-	100,0	10
U.T.I.	10	100,0	-	-	100,0	10
TOTAL	90	100,0	-	-	100,0	90 (100,0%)
Sabe quem são os profissionais que o atende						
	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à	07	70,0	03	30,0	100,0	10
C.P.	04	40,0	06	60,0	100,0	10
Hematolo	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Oncologia	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Pediatria	10	100,0	-	-	100,0	10
T.M.O.	10	100,0	-	-	100,0	10
Toraco	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Urologia	08	80,0	02	20,0	100,0	10
U.T.I.	07	70,0	03	30,0	100,0	10
TOTAL	69	76,7	21	23,3	100,0	90
Confiança Segurança						
	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à	10	100,0	-	-	100,0	10
C.P.	07	70,0	03	30,0	100,0	10
Hematolo	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Oncologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Pediatria	10	100,0	-	-	100,0	10
T.M.O.	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Toraco	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Urologia	08	80,0	02	20,0	100,0	10
U.T.I.	10	10,0	-	-	100,0	10
TOTAL	77	85,6	13	14,4	100,0	90
Privacidade						
	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à	10	100,0	-	-	100,0	10
C.P.	10	100,0	-	-	100,0	10
Hematolo	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Oncologia	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Pediatria	08	80,0	02	20,0	100,0	10
T.M.O.	10	100,0	-	-	100,0	10
Toraco	10	100,0	-	-	100,0	10
Urologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
U.T.I.	09	90,0	01	10,0	100,0	10
TOTAL	80	88,9	10	11,1	100,0	90

Atendimento sem preconceito ou privilégio

	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à Mulher	10	100,0	-	-	100,0	10
C.P.	10	100,0	-	-	100,0	10
Hematologia	10	100,0	-	-	100,0	10
Oncologia	10	100,0	-	-	100,0	10
Pediatria	10	100,0	-	-	100,0	10
T.M.O.	10	100,0	-	-	100,0	10
Toraco	10	100,0	-	-	100,0	10
Urologia	10	100,0	-	-	100,0	10
U.T.I.	10	100,0	-	-	100,0	10
TOTAL	90	100,0	-	-	100,0	90

Prontidão no atendimento

	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total
At. à Mulher	10	10,0	-	-	100,0	10
C.P.	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Hematologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Oncologia	09	90,0	01	10,0	100,0	10
Pediatria	09	90,0	01	10,0	100,0	10
T.M.O.	08	80,0	02	20,0	100,0	10
Toraco	10	100,0	-	-	100,0	10
Urologia	10	100,0	-	-	100,0	10
U.T.I.	10	100,0	-	-	100,0	10
TOTAL	83	92,2	07	7,8	100,0	90

Direito a acompanhante

	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total Geral
At. à Mulher	04	40,0	06	60,0	100,0	10
C.P.	03	30,0	07	70,0	100,0	10
Hematologia	-	-	10	100,0	100,0	10
Oncologia	05	50,0	05	50,0	100,0	10
Pediatria	10	100,0	-	-	100,0	10
T.M.O.	10	100,0	-	-	100,0	10
Toraco	01	10,0	09	90,0	100,0	10
Urologia	-	-	10	100,0	100,0	10
U.T.I.	-	-	10	100,0	100,0	10
TOTAL	33	36,7	57	63,3	100,0	90 (100,0%)

Visita aberta implementada

	Sim	(%)	Não	(%)	(%)	Total Geral
At. à Mulher	-	-	10	100,0	100,0	10
C.P.	06	60,0	04	40,0	100,0	10
Hematologia	-	-	10	100,0	100,0	10
Oncologia	-	-	10	100,0	100,0	10
Pediatria	02	20,0	08	80,0	100,0	10
T.M.O.	-	-	10	100,0	100,0	10
Toraco	01	10,0	09	90,0	100,0	10
Urologia	-	-	10	100,0	100,0	10
U.T.I.	-	-	10	100,0	100,0	10
TOTAL	09	10,0	81	90,0	100,0	90 (100,0%)

Opinião sobre os horários de visita

	Maior que	(%)	Como gostari	(%)	Menor que	(%)	Não receb	(%)	(%)	Tot al
At. à	-	-	07	70,0	-	-	03	30,0	100,0	10
C.P.	-	-	08	80,0	-	-	02	20,0	100,0	10
Hematolog	-	-	09	90,0	01	10,0	-	-	100,0	10
Oncologia	01	10,0	05	50,0	02	20,0	02	20,0	100,0	10
Pediatria	-	-	03	30,0	05	50,0	02	20,0	100,0	10
T.M.O.	-	-	-	-	-	-	10	100,0	100,0	10
Toraco	01	10,0	03	30,0	03	30,0	03	30,0	100,0	10
Urologia	-	-	09	90,0	01	10,0	-	-	100,0	10
U.T.I.	-	-	06	60,0	04	40,0	-	-	100,0	10
TOTAL	02	2,2	50	55,6	16	17,8	22	24,4	100,0	90

Acesso no período de internação

	Jornal e/ou materiais de leitura	Informações visuais afixadas	Boletins informativ em de circulaçã	Atividades lúdicas culturais, lazer e ocupacionai	Aparelh de Televis	Reuniõe com familiare	(%)	Total Geral
At. à	-	-	-	-	10 100,0	05 50,0	100,	10
C.P.	-	-	-	-	10 100,0	02 20,0	100,	10
Hematolog	-	-	-	-	10 100,0	02 20,0	100,	10
Oncologia	-	01 10,	02 20,0	-	10 100,0	06 60,0	100,	10
Pediatria	06 60,0	-	-	10 100,0	10 100,0	10 10,0	100,	10
T.M.O.	08 80,0	02 20,	-	02 20,	10 100,0	03 30,0	100,	10
Toraco	-	-	-	-	10 100,0	03 30,0	100,	10
Urologia	-	-	-	-	10 100,0	-	100,	10
U.T.I.	-	-	-	-	-	-	100,	10
TOTAL	14 (15,5%)	03 (3,3%)	02 (2,2%)	12 (13,3%)	80 (88,8%)	31 (34,4%)	100,	90 100,0

Analizando a tabela 12, referente a opinião sobre o atendimento da equipe com base no 3º princípio dos Direitos dos usuários que assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável.

Percebemos que quanto a ser **chamado pelo nome**, 100,0% dos pacientes/acompanhantes estão satisfeitos quanto a este quesito. O trabalho de humanização procura amenizar o aspecto muitas vezes negativo do ambiente hospitalar, para isso, todos os funcionários devem estar envolvidos em uma dinâmica de trabalho personalizado, em que o paciente é chamado pelo nome, e não identificado de acordo com seu quadro clínico. Esta mudança de cultura é de responsabilidade de todos aqueles que produzem

saúde ou que, direta ou indiretamente, participam deste processo.

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, (2006, p. 7):

I - a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

O dado referente ao **saber quem são os profissionais que o atende**, observamos que 21 pacientes (23,3%) afirmaram não conhecer os profissionais que o atende. Esses justificaram devido aos profissionais entrarem e saírem dos quartos sem se identificarem, mesmo que usem jalecos ou crachá os pacientes relatam não saberem ler, ou terem dificuldades de enxergar as letras pequenas, ficando constrangidos de perguntar nome e setores dos mesmos. Esse fato deve ser relatado a direção para melhora nos atendimentos e garantia dos Direitos dos Usuários.

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 6): “ II. - é dever dos profissionais, que se responsabilizem por sua atenção, identificando-se por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção”.

Com relação à **confiança e segurança**, observamos que 13 pacientes (14,4%) responderão não ter confiança e segurança na equipe, são estes das enfermarias: 3 (30,0%) C.P.; 1 (10,0%) hematologia; 1 (10,0%) oncologia; 2 (20,0%) T.M.O.; 4 (40,0%) toraco e abdômen e 2 (20,0%) urologia. É importante destacar que embora 100,0% dos pacientes da enfermaria de urologia tenham respondido estarem plenamente satisfeitos com o atendimento da equipe, 2 relaram não ter confiança e segurança na equipe. Um motivo a ser pesquisado.

Para a **privacidade**, neste quesito, 80 (88,9%) pacientes estão satisfeitos, enquanto 10 (11,1%) pacientes/acompanhantes, 4 oncologia, 2 hematologia e pediatria e 1 urologia e U.T.I. confirmaram não terem privacidade. Esses pacientes referem-se a terem que conversar com o médico no próprio leito, ao lado de outros pacientes, e muitos ficam encabulados quanto examinados em partes intimas na frente de outros pacientes e equipe multidisciplinar. Esse ponto também é importante relatar a direção para mediadas urgentes.

Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a: integridade física; privacidade e conforto; individualidade; valores éticos, culturais e religiosos; confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; segurança do procedimento; bem-estar psíquico e emocional estão garantidos na

(Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, 2006, p. 7).

No atendimento sem **preconceito ou privilégio** foi unânime a resposta dos 90 pacientes/acompanhantes não haver qualquer tipo de preconceito ou privilégio. O terceiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 6) “assegurar ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável”.

Quanto à **prontidão no atendimento**, constatamos que 7 (7,8%) pacientes/acompanhantes relataram não haver prontidão no atendimento, sendo estes das enfermarias: 2 C.P. e T.M.O.; 1 oncologia, hematologia e pediatria. Os pacientes relatam que embora seja marcado horário para atendimento, o atraso passa de uma hora, ou mesmo quando solicitado à presença de profissionais no leito, alguns só aparecem no outro dia.

Com relação à **visita aberta implementada**, 81 (90,0%) pacientes afirmaram não receber visita aberta, seguido de 9 (10,0%) que relataram terem acesso a visita aberta implementada. Acreditamos que esses dados possam estar associados ao tipo de tratamento realizado.

Segundo Brasil (2008, p. 70):

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente durante o tempo de internação.

O **direito a acompanhante** verificamos que dentre os 90 pacientes/ acompanhantes, 57 (63,3%) tem direito a ficarem com acompanhante, enquanto 33 (36,7%) não tem. É importante ressaltar que com a grande demanda do HAC e um espaço físico restrito, é avaliado pelo médico responsável a necessidade ou não de acompanhante, para que a equipe possa melhor desempenhar suas funções, visando a qualidade do atendimento.

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 7) prevê que:

O direito ao acompanhante por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto, pós-parto e em todas as situações previstas em lei (crianças, adolescentes, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas.

Quanto a satisfação com o **horário de visita**, 50 (55,6%) usuários, responderão que o horário de visita é como gostariam, enquanto 22 (24,4%) afirmaram não receberem visita, por serem de cidades distantes, seguido de 16 (17,8%) que avaliaram o horário de visita sendo menor que gostariam, e ainda, 2 (2,2%) relataram ser maior que gostariam.

O Acesso no **período de internação** quanto ao jornal e/ou material de leitura, 8 pacientes da T.M.O. e 6 acompanhantes da pediatria responderão terem a acesso, com relação às informações visuais afixadas 1 paciente da oncologia e 2 da enfermaria de T.M.O. afirmaram terem estas informações, seguido de apenas 2 pacientes da oncologia que relataram existir boletins informativos em locais de circulação, quanto as atividades lúdicas culturais, de lazer e ocupacionais 10 acompanhantes da pediatria e 2 pacientes do T.M.O. afirmaram terem acesso a estas atividades, no quesito aparelho de TV, exceto a enfermaria de U.T.I. pacientes e acompanhantes afirmaram ter TV no quarto, enquanto, reuniões com familiares, 31 usuários responderão terem acesso.

Tabela 13 – Opinião sobre o atendimento da equipe com base no 4º princípio dos Direitos dos usuários

Facilidade de acesso à informação												
	Informações sobre o tratamento					Ouvidoria						
	Sim	(%)	Nã	(%)	Si	(%)	Nã	(%)	(%)	Tot		
At. à	09	90,0	01	10,	05	50,0	05	50,	100,	10		
C.P.	06	60,0	04	40,	08	80,0	02	20,	100,	10		
Hematologi	08	80,0	02	20,	09	90,0	01	10,	100,	10		
Oncologia	09	90,0	01	10,	04	40,0	06	60,	100,	10		
Pediatria	09	90,0	01	10,	08	80,0	02	20,	100,	10		
T.M.O.	10	10,0	-	-	08	80,0	02	20,	100,	10		
Toraco	09	90,0	01	10,	08	80,0	02	20,	100,	10		
Urologia	10	10,0	-	-	08	80,0	02	20,	100,	10		
U.T.I.	10	10,0	-	-	06	60,0	04	40,	100,	10		
TOTAL	80	88,9	10	11,	64	71,1	26	28,	100,	90 (100,0)		
Facilidade para contato com a equipe												
	Médico		Enfermagem		Psicologia		Nutrição		Serviço Social			
	Sim	Nã	Sim	Nã	Sim	Nã	Sim	Nã	Sim	Nã	(%)	Total Geral
At. à	07	03	09	01	10	-	09	01	09	01	100,0	10
	70,0	30,	90,0	10,0	100,		90,0	10,	90,0	10,0		
C.P.	06	04	10	-	08	02	09	01	09	01	100,0	10
	60,0	40,	100,		80,0	20,0	90,0	10,	90,0	10,0		
Hematologi	08	02	09	01	07	03	08	02	09	01	100,0	10
	80,0	20,	90,0	10,0	70,0	30,0	80,0	20,	90,0	10,0		
Oncologia	10	-	10	-	06	04	10	-	07	03	100,0	10
	100,		100,		60,0	40,0	100,		70,0	30,0		

Pediatria	08	02	08	02	07	03	09	01	10	-	100,0	10
	80,0	20,	80,0	20,0	70,0	30,0	90,0	10,	100,			
T.M.O.	07	03	10	-	06	04	07	03	10	-	100,0	10
	70,0	30,	100,		60,0	40,0	70,0	30,	100,			
Toraco	06	04	08	02	07	03	07	03	07	03	100,0	10
	60,0	40,	80,0	20,0	70,0	30,0	70,0	30,	70,0	30,0		
Urologia	10	-	10	-	08	02	10	-	10	-	100,0	10
	100,		100,		80,0	20,0	100,		100,			
U.T.I.	08	02	10	-	06	04	05	05	07	03	100,0	10
	80,0	20,	100,		60,0	40,0	50,0	50,	70,0	30,0		
TOTAL	70	20	84	06	65	25	74	16	78	12		90
	77.8	22,	93.3	6.7	72.2	27.8	82.2	17,	86.6	13.4	100.0	(100.0

Analisando a tabela 13 referente opinião sobre o atendimento da equipe com base no 4º princípio dos Direitos dos usuários que assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

Quanto à **facilidade de acesso à informação** observamos 80 (88,9%) pacientes/acompanhantes relataram estarem satisfeitos com as informações obtidas sobre o tratamento, seguido de 10 (11,1%) que afirmaram estarem insatisfeitos.

De acordo com o segundo princípio da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 5) que assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados:

As informações sobre o estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras.

Conforme pontua Medeiros (2006), é necessário que tenha um lugar do hospital onde estejam concentradas estas informações, pois não há nada mais desagradável, triste, estressante e desumano que a falta de informação para os familiares/acompanhantes dos pacientes. Essa falta de informação é um indicador da falta de qualidade nos serviços prestados pelo hospital, e pode ser transformada num parâmetro para a avaliação do índice de humanização hospitalar.

Com relação ao mecanismo de **escuta ou ouvidoria**, 64 (71,1%) pacientes/acompanhantes afirmaram terem recebido informações referentes ao setor, enquanto 26 (28,9%) não tiveram nenhuma informação sobre a ouvidoria, serviço para escuta dos usuários.

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2006, p. 8).

É direito do usuário ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

A **facilidade para contato com a equipe** dentre os 90 pacientes/ acompanhantes que aderiram ao estudo, 20 (22,2%) tem dificuldade de acesso à equipe médica; enquanto 6 (6,7%) responderão com relação a enfermagem, 25 (27,8%) pacientes tem dificuldade em contato com o setor de psicologia e 16 (17,8%) com relação ao setor de nutrição, houve ainda, 12 pacientes que relataram a dificuldade de contato com a equipe de serviço social.

Os pacientes que identificaram dificuldades relatam que na Medicina - os usuários afirmam ter um acesso restrito; Enfermagem - relatam ter profissionais muito sem educação, grossos, além da demora na troca do soro; Psicologia, nutrição e serviço social muitos pacientes/acompanhantes afirmam não terem conhecimento destas profissionais atuando nas enfermarias, muitas ainda, afirmam que estas nunca foram no quarto, isso ocorre, devido a falta de identificação e apresentação destas profissionais.

Diante do exposto nos resultados encontrados na pesquisa, verificamos a **importância da equipe na construção de ações de humanização** em hospitais, pois envolve essencialmente o trabalho conjunto de diferentes profissionais, de toda a equipe. O trabalho interdisciplinar pode favorecer a uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Isto tudo pode colaborar para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao usuário.

As ações de humanização englobam muitas e diversificadas práticas profissionais que vêm sendo introduzidas no tratamento de pessoas. Práticas essas que passam pelo sentimento, pelo respeito, pela escuta e outros.

Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais.

O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização.

Quando se define a humanização hospitalar como expressão da ética, a filosofia da

instituição necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho, mediante o estímulo à participação e à comunicação efetiva, com qualidade em todas as suas dimensões: na relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os pacientes.

Por consequência, faz-se necessário incentivar a horizontalidade nas relações, pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir, propor. É imprescindível reconhecer, ainda, que o exercício da autonomia, ou seja, a relação sujeito-sujeito, não é um valor absoluto, mas um valor que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional.

Portanto, para Implementar um processo de humanização no campo interdisciplinar da saúde, fundamentado na ética, implica o resgate da dimensão humana das/nas relações de trabalho e a sua permanente problematização.

A ética pode contribuir significativamente para a humanização do ambiente hospitalar, para práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, sejam cuidadores, sejam seres sob cuidado profissional, sua dignidade, valores, direitos, deveres.

Segundo Backes et al (2005, p. 134).

A humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos. Isso significa valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos pacientes, encontrando, junto a eles, estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento do momento vivido.

Como proposta de ações para a humanização

O GTH é definido como espaço coletivo, participativo e democrático, de encontro de pessoas interessadas em discutir o seu próprio local de trabalho, com o comprometimento de planejar ações “humanizadoras”, com foco nos interesses dos atores envolvidos na instituição: trabalhadores, gestores e usuários (pacientes, acompanhantes, familiares e interessados).

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade,

integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2008, p.61)

As atribuições do GTH são difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida (BRASIL, 2008).

Observa-se que de acordo com as opiniões dos profissionais do HAC sobre o objetivo principal do grupo de humanização, alguns depoimentos abaixo revelam que estão contemplados nas atribuições do GTH preconizado pela PNH.

Diretor - Unir todos os departamentos, setores e serviços, incluindo-se os de cunho voluntário em prol do objetivo maior que é suprir as carências e demandas do paciente da FAC. (Sujeito 2)

Medicina - Identificar e mostrar para toda a equipe as mudanças a serem feitas com o objetivo de humanizar o atendimento e a assistência de forma global. (Sujeito 3)

Enfermagem - Além de promover ações junto aos usuários, acredito que o objetivo principal deveria ser o treinamento e capacitação dos colaboradores (todos, sem exceção) que prestam atendimento na instituição. (Sujeito 1)

Psicologia - Motivar e mobilizar a instituição de forma a garantir o atendimento humanizado na assistência a saúde. Também promover a melhoria através de políticas institucionais dirigidas aos pacientes/profissionais etc. (Sujeito 2)

Nutrição - O objetivo principal do grupo seria oferecer ao paciente um tratamento digno, melhor qualidade de vida, por meio de reuniões freqüentes de uma equipe multidisciplinar, discussões, sugestões... para atender o paciente da melhor maneira possível. (Sujeito 1)

Serviço Social - Desenvolver projetos que promovam a qualidade no atendimento do paciente para que o mesmo sinta-se acolhido e seguro com o tratamento proposto. (Sujeito 3)

Dentre os profissionais pesquisados, alguns informaram de que forma poderiam contribuir no desencadeamento do processo de humanização na FAC.

Diretor - A diretoria de operações dá o suporte a todas as atividades fim da instituição e como tal, o serviço social da FAC está inserido nesta diretoria, razão pela qual incentivamos e damos o suporte necessário para a melhoria contínua nos atendimentos e desenvolvimentos das atividades do setor. (Sujeito 3)

Medicina - Já faço parte da comissão de humanização, mas a melhor maneira de contribuir é dando bons exemplos diante dos colegas, funcionários e residentes (por exemplo, demonstrando como uma conversa cheia de paciência e atenção pode resolver de forma efetiva os problemas de um paciente, orientando com gentileza pacientes que fazem perguntas no corredor, fazendo o máximo possível para resolver um problema de uma família, etc.). Não adianta só falar, temos que agir. Atitudes positivas geram mais atitudes positivas. (Sujeito 4)

Enfermagem - Prestando atendimento humanizado dentro e fora da unidade em que trabalho, orientando os colaboradores que estão sob minha responsabilidade. Acho que isto é o primordial, se cada um fizer desta maneira já é um bom e grande começo... mas, deve ser realizado por todos! (Sujeito 5)

Psicologia - Levar para a comissão os problemas e dificuldades observados no ambiente hospitalar (funcionamento) para análise; ter a preocupação de desenvolver projetos de assistência aos pacientes buscando seguir os princípios da humanização; melhorar o funcionamento do meu serviço (as relações, o ambiente, etc) (Sujeito 1)

Nutrição - Individualmente praticando atendimentos, oferecendo atenção e respeitando a vontade do paciente. Em equipe planejar atividades que incentivassem atitudes de humanização. (Sujeito 1)

Serviço Social - Participando das ações de humanização propostas pela comissão de humanização, propondo e promovendo programas de atendimento que fortaleçam o acolhimento do paciente. (Sujeito 2)

4.3. A atuação do Serviço Social na execução da humanização

Sendo o assistente social um profissional que lida na relação direta com os sujeitos no cotidiano da assistência hospitalar, a questão da humanização apresenta-se como um desafio, tendo em vista a qualidade de sua ação como expressão do seu compromisso ético com a construção de relações recíprocas, livres, democráticas, justas e solidárias.

Apresentaremos a seguir a atuação do Serviço Social na ótica dos profissionais.

Tabela 14 - O Serviço Social frente à Política de Humanização na Equipe

Como avalia a participação do serviço social nas decisões da equipe				
	Sempre	Eventualme	Nunca	Total
Diretores	04 (100,0%)	-	-	04 (100,0%)
Medicina	04 (62,5%)	03 (37,5%)	-	08 (100,0%)
Enfermagem	09 (90,0%)	01 (10,0%)	-	10 (100,0%)
Psicologia	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Nutrição	03 (75,0%)	01 (25,0%)	-	04 (100,0%)
Serviço Social	05 (83,3%)	01 (17,70%)	-	06 (100,0%)
TOTAL	29 (80,5%)	07 (19,5%)	-	36 (100,0%)

Quais as ações do serviço social na humanização

	Diretores	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Nutrição	Serviço Social	Total Geral
Acolhimento dos usuários	03 (75,0)	07 (87,5%)	07 (70,0)	03 (75,0)	03 (75,0)	06 100,0	29 (80,5
Orientações dos	02 (50,0)	08 (100,0)	08 (80,0)	03 (75,0)	03 (75,0)	05 (83,3	29 (80,5

Desenvolvimento programas e	02 (50,0%)	08 (100,0%)	06 (60,0)	03 (75,0)	02 (50,0%)	06 100,0	27 (75,0%)
Encaminhamento/providências	02 (50,0%)	06 (75,0%)	10 100,0	04 100,0	04 100,0%	06 100,0	32 (88,8%)
Outras	01 (25,0%)	01 (12,5%)	01 (10,0	-	-	-	03 (8,3%)
TOTAL	04 100,0%	08 100,0%	10 100,0	04 100,0	04 100,0%	06 100,0	36 (100,0%)

Conhece algum dos programas e projetos que o serviço social desenvolve com os

	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral
Diretores	03	75,0	01	25,0	04 (100,0%)
Medicina	05	62,5	03	37,5	08 (100,0%)
Enfermagem	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
Psicologia	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Nutrição	01	25,0	03	75,0	04 (100,0%)
Serviço Social	06	100,0	-	-	06 (100,0%)
TOTAL	23	63,9	13	36,1	36 (100,0%)

Quais as ações do serviço social na humanização

	Diretores	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Nutrição	Serviço Social	Total Geral
Projeto Bom Dia	01 (25,0	-	-	01 (25,0	-	01 (16,6	03 (8,3%)
Projeto Felicidade	01 (25,0	01 (12,5	-	03 (75,0	-	01 (16,6	06 (16,6%)
Projeto Capacitando Cuidador	-	-	01 (10,0	-	-	01 (16,6	02 (5,5%)
Projeto Comemorar	-	-	-	-	-	01 (16,6	01 (2,7%)
Projeto Informação	-	-	-	01 (25,0	-	02 (33,3	03 (8,3%)
Projeto Doe Sangue Esperança	-	-	-	-	-	02 (33,3	02 (5,5%)
Projeto exerça sua cidadania	-	-	-	-	-	01 (16,6	01 (2,7%)
Grupo de Apoio Psicossocial – GAPS	-	01 (12,5	02 (20,0	01 (25,0	01 (25,0	01 (16,6	06 (16,6%)
Reuniões com equipe multidisciplinar	-	-	01 (10,0	-	-	-	01 (2,7%)
Reuniões	-	-	-	-	-	01 (16,6	01 (2,7%)
Não respondeu	01 (25,0	01 (12,5	06 (60,0	01 (25,0	03 (75,0	02 (33,3	14 (38,8%)
TOTAL	04 100,0	08 100,0	10 100,0	04 100,0	04 100,0	06 100,0	36 (100,0%)

Analizando a tabela 14 que refere o Serviço Social frente à Política de Humanização na equipe abrangendo a participação do serviço social nas decisões da equipe, as ações na humanização, programas e projetos que o serviço social desenvolve com os usuários e as ações do serviço social na humanização.

Conforme os dados da tabela 14 que **avalia a participação do serviço social nas decisões da equipe**, 80,5% dos profissionais avaliaram que o serviço social sempre participa nas decisões da equipe, seguido de 19,4% profissionais, que consideram ocorrer esta participação eventualmente. É incontestável a presença do assistente social na equipe, no entanto, é importante que essa presença se dê em todas as etapas terapêuticas, avaliando, orientando, auxiliando a equipe interdisciplinar, o paciente e a família na obtenção de um resultado satisfatório.

Conforme pontua Rodrigues (2002) em uma equipe de saúde é o profissional de serviço social que identifica as necessidades dos pacientes e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe multidisciplinar aspectos relevantes no âmbito social.

O assistente social é o profissional que detém o papel de articulador e, para isso, necessita utilizar a linguagem e o conhecimento, “tanto das razões que levam o usuário e/ou sua família a ter determinado comportamento, quanto das razões técnicas básicas que levaram o médico/equipe de saúde a optar por uma determinada terapêutica” (COSTA, 2000, p. 53).

Quanto às **ações do serviço social na humanização** observamos que 88,8% dos profissionais, consideram que as ações desenvolvidas são os encaminhamentos/providências, enquanto 80,5% avaliam o acolhimento dos usuários e as orientações dos direitos, seguidos 75,0% profissionais, responderão ser por meio do desenvolvimento de programas e projetos, e ainda, 8,3% profissionais que relataram outras atividades, como: relacionamento comunitário; participação visita médica ao paciente; visitas aos pacientes internados e conjunto com a equipe para resolução dos problemas e prestatividade, envolvimento.

Com relação ao **conhecimento de alguns dos programas e projetos que o serviço social desenvolve com os usuários** os dados revelam que, no 63,9% dos profissionais afirmaram conhecer alguns dos programas e projetos, enquanto 36,1% profissionais, responderão não conhecer nenhum programa ou projeto desenvolvido pelo serviço social com os usuários na instituição. Nesse foco acreditamos ser importante dar maior visibilidade aos programas desenvolvidos pelo Serviço Social.

As **ações do Serviço Social na humanização** apresentadas, vale ressaltar que embora 63.9% profissionais responderão conhecer alguns dos programas e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social, 61% não citarão nenhum dos deles. Os programas e projetos elencados por alguns profissionais estão apresentados na figura abaixo:



O serviço social atua, no Hospital Amaral Carvalho, com diversos projetos de intervenção, além das demandas institucionais.

As demandas do serviço social são as mais diversas, por isso é importante atentar para que não caia em uma rotina esvaziada de conteúdo teórico-reflexivo. É necessário que o fazer profissional do assistente social seja qualitativo, onde haja permanente reflexão sobre a prática, tentando, apreender a totalidade da realidade institucional e também dos usuários. É importante que o assistente social tenha “um relativo domínio do discurso médico, que o habilita a explicar alguns procedimentos terapêuticos de caráter complementar/auxiliar e cuidados a serem tomados durante o tratamento” (COSTA, 2000, p. 54).

Tabela 15 - O Serviço Social elo entre a instituição e os usuários

Serviço Social é um elo entre a instituição e os usuários					
	Sim	(%)	Não	(%)	Total Geral
Diretores	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Medicina	07	87,5	01	12,5	08 (100,0%)
Enfermagem	04	40,0	06	60,0	10 (100,0%)
Psicologia	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Nutrição	04	100,0	-	-	04 (100,0%)
Serviço Social	06	100,0	-	-	06 (100,0%)
TOTAL	29	80,5	07	19,5	36 (100,0%)

Analisando os dados da tabela 15 verificamos que o serviço social é um elo entre a instituição e os usuários, pois 80,5% dos profissionais, consideram positivo este quesito, enquanto 19,5% dos profissionais, afirmaram que o serviço social não é um elo entre a instituição e os usuários, mas não houve justificativa nas respostas.

O assistente social, segundo Costa (2000, p. 62-3):

Cumprir papel particular de buscar estabelecer o elo ‘perdido’, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais.

Com relação aos profissionais que afirmaram que o Serviço Social é elo entre a instituição e os usuários podemos verificar nos depoimentos:

Diretor - O serviço social desempenha função estratégica de continuidade nos serviços prestados pela atividade fim da instituição. O perfil da maioria dos usuários da instituição é de pessoas carentes que necessitam dos mais variados serviços, instituições e informações que são prestados pelo departamento. (Sujeito 3)

Medicina - A ação do serviço social é essencial na resolutibilidade das condutas tomadas aqui. É o serviço social quem faz a conduta médica “acontecer” e dá continuidade ao processo de relacionamento entre as equipes e os usuários. (Sujeito 4)

Enfermagem - O trabalho do serviço social, é de fundamental importância, pois torna-se um pilar no sincronismo da atividade institucional e o cliente. (Sujeito 8)

Psicologia - É importante para a minimização de alguns problemas sociais; melhoria do funcionamento da instituição; necessário para a instituição conhecer seus usuários e identificar suas necessidades. (Sujeito 1)

Nutrição - É um elo que interage com todos os departamentos do hospital para que o paciente receba o melhor tipo de tratamento. (Sujeito 1)

Serviço Social - O Serviço social busca facilitar ao usuário o acesso aos bens e serviços e aos direitos, fazendo com que os mesmos recebam todas as informações / atendimentos necessários. (Sujeito 3)

Como podemos observar o assistente social trabalha com uma grande variedade de demandas que podem ser tanto institucionais, quanto dos próprios profissionais e dos usuários. A seguir apresentamos a atuação do assistente social na ótica dos usuários.

Tabela 16 - Demandas do Serviço Social

Necessidade de procurar o Serviço Social no período de internação					
	Si	(%)	Nã	(%)	Total Geral
At. à Mulher	03	30,0	07	70,	10 (100,0%)
C.P.	06	60,0	04	40,	10 (100,0%)
Hematologia	03	30,0	07	70,	10 (100,0%)
Oncologia	08	80,0	02	20,	10 (100,0%)
Pediatria	10	100,	-	-	10 (100,0%)
T.M.O.	10	100,	-	-	10 (100,0%)
Toraco	06	60,0	04	40,	10 (100,0%)
Urologia	08	80,0	02	20,	10 (100,0%)
U.T.I.	06	60,0	04	40,	10 (100,0%)
TOTAL	60	66,7	30	33,	90 (100,0%)

Prestação de benefícios sociais do Serviço Social

	At. À Mulher	Craniobucomaxilofacial	Hematologia	Oncologia	Pediatria	T.M.O.	Toraco	Urologia	U.T.I.	TOTAL	(%)
Prestação de benefícios sociais	03 30,0	02 20,0	-	04 40,0	04 40,0	10 10,0	04 40,0	01 10,0	01 10,0	29	48,3
Apoio psicossocial	-	01 10,0	-	-	-	-	-	-	-	01	1,66
Encaminhamento/	-	01 10,0	-	01 10,0	-	-	-	-	-	02	3,33
Esclarecimento de dúvidas	-	03 30,0	-	-	-	-	01 10,0	01 10,0	04 40,0	09	15,0
Orientações de direitos	-	06 60,0	01 10,0	-	05 50,0	03 30,0	01 10,0	07 70,0	03 30,0	26	43,3
Orientações de alta	-	01 10,0	01 10,0	04 40,0	01 10,0	-	-	01 10,0	-	08	13,3
Outros	-	01 10,0	01 10,0	03 30,0	01 10,0	-	-	-	01 10,0	07	11,6
TOTAL	03	15	03	12	11	13	06	10	09	(82)	100,
Foi atendido em sua solicitação pelo serviço social											
	Sim	(%)		Não	(%)		Sub Total		Total Geral		
At. à Mulher	03	100,0		-	-		03		10 (100,0%)		
C.P.	06	100,0		-	-		06		10 (100,0%)		
Hematologia	03	100,0		-	-		03		10 (100,0%)		
Oncologia	08	100,0		-	-		08		10 (100,0%)		
Pediatria	10	100,0		-	-		10		10 (100,0%)		
T.M.O.	10	100,0		-	-		10		10 (100,0%)		
Toraco	06	100,0		-	-		06		10 (100,0%)		
Urologia	08	100,0		-	-		08		10 (100,0%)		
U.T.I.	06	100,0		-	-		06		10 (100,0%)		
TOTAL	60	100,0		-	-		60		90 (100,0%)		

Analisando a tabela 16, referente a **necessidade de procurar o serviço social** observamos que 66,7% dos usuários tiveram necessidade de procurar o setor de serviço social, enquanto 33,3% não precisaram procurar pelo serviço, vale ressaltar que embora estes pacientes tenham relatado não precisarem procurar pelo serviço, diariamente através do Projeto Bom Dia a equipe multidisciplinar, juntamente com a assistente social, passam visitas nos

leitos, realizando atendimentos individuais, observa-se ainda, a grande demanda atendida pelo serviço social e sua relevância no âmbito da saúde.

Quanto à **prestação de benefícios sociais** dos 60,7% dos usuários que relataram terem procurado pelo setor de Serviço Social, observamos que 48,3% dos usuários destacaram a prestação de benefícios sociais: hospedagem, medicamentos, transporte; seguido 43,3% dos usuários que referiram as orientações sobre direitos. Também foi relatado as Visitas; Documentação; Acompanhante, roupas e exames; Gravidez e Alimentação;

Torna-se imprescindível conhecer as normas e portarias. Além, é claro, de conhecer a legislação (LOAS, LOS, ECA, dentre outros) de uma forma geral.

Também chegam ao serviço social demandas de caráter emergencial, tais como: “(...) providenciar transporte, marcação de exames e consultas extras, mobilização de recursos assistenciais” (COSTA, 2000, p. 56). O assistente social não pode fazer dessa atividade algo burocratizado, como um mero marcador de exames, mas fazer com que essa atividade tenha visibilidade na instituição, para que o assistente social seja visto como um profissional que negocia, isto é, um articulador.

Com relação ao atendimento do Serviço Social a totalidade dos usuários afirmaram que foram **atendidos em suas solicitações ao serviço social**.

Críticas e sugestões – paciente/acompanhantes relataram críticas e sugestões para melhorar a qualidade do atendimento. Expostas a seguir.

Mais agilidade com pessoas idosas;

Colocar mais armários nos quartos;

Os médicos deveriam atender e informar melhor os pacientes na internação; (A.S.C.)

Na QT uma enfermeira tirou sarro do paciente porque ele estava andando com um rodinho para se apoiar, a mesma disse que ele era a atração do hospital, o paciente se sentiu humilhado, pois disse que quem faz atração é palhaço, e ele não é, e nem gostaria de estar nesta situação, até chorou de nervoso, e eu (esposa) também chorei, fiquei muita sentida. (S.G.L.F.)

Sugiro que todos os pacientes fiquem com acompanhante, independente da idade, dessa forma a recuperação iria ser bem mais rápida.

Acho que todo o carinho do mundo é pouco para compensar nosso sofrimento, portanto as enfermeiras deveriam ser mais humanas.

Não deveria existir um lugar para fumar dentro do hospital, principalmente em se tratando de um hospital oncológico onde grande parte dos pacientes estão aqui devido ao cigarro.

Há muita demora para a internação;

Existem alguns médicos que trabalham somente por dinheiro;

O médico x não tem condições de exercer o cargo, pois cobrou R\$300,00 do paciente, sendo que o mesmo estava internado via SUS.

Colocar cadeiras nos ambulatórios, porque as pessoas ficam em filas quilométricas, aguardando mais de uma hora.

Os exames deveriam ser realizados no horário marcado, ou então, não marcar horário, pois nunca atendem no horário marcado.

Acho que não tem a necessidade do médico dizer para a paciente quanto tempo lhe resta de vida, pois, além dele não saber, somente Deus, pode prever a nossa hora de partir, o médico falou para minha esposa na enfermaria que ela teria no máximo mais dois ou três meses de vida, ela se desanimou, desistiu do tratamento e se entregou, ou seja, ele destruiu a vida dela, a minha e de toda nossa família.

5 Conclusão

Os resultados deste estudo sobre a ótica de profissionais de saúde e usuários sobre humanização hospitalar, nos levam as seguintes conclusões:

Quanto à concepção de humanização dos usuários e profissionais

Considerando os maiores índices, identificamos que os **profissionais** do HAC conhecem o conceito de humanização e conceituam a humanização como a qualidade dos serviços prestados e consideram os serviços do HAC humanizado. A concepção de

humanização na ótica dos profissionais significa agregar à eficiência técnica e científica à valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano.

Para os **usuários** a humanização é o bom atendimento e 96,7% consideram que o HAC é um hospital humanizado e citaram como gesto humano da instituição, o carinho no tratamento com as pessoas.

Na avaliação dos usuários, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas, são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço no hospital, a falta de medicamentos, filas, etc. Evidentemente todos esses são aspectos importantes para a qualidade do sistema, porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobre tudo na área da saúde, não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Com relação à importância da equipe na construção de ações de humanização

Verificamos a importância da equipe na construção de ações de humanização em hospitais, pois envolve essencialmente o trabalho conjunto de diferentes profissionais, de toda a equipe. O trabalho interdisciplinar pode favorecer a uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Isto tudo pode colaborar para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana no atendimento ao usuário.

As ações de humanização englobam muitas e diversificadas práticas profissionais que vêm sendo introduzidas no tratamento de pessoas. Práticas essas que passam pelo sentimento, pelo respeito, pela escuta e outros.

No tocante a atuação do Serviço Social na execução da humanização, na ótica dos usuários e dos profissionais.

Os **profissionais** avaliaram que o serviço social sempre participa nas decisões da

equipe e que as ações na humanização são os encaminhamentos. Com relação ao conhecimento de alguns dos programas e projetos que o serviço social desenvolve com os usuários os dados os dados revelaram que esses são de conhecimento dos profissionais que também reconhecem o Serviço Social como um elo entre a instituição e os usuários.

Os **usuários** revelaram a procura do setor de serviço social, foi para solicitação de benefícios sociais: hospedagem, medicamentos, transporte e, na sua totalidade, foram atendidos. Revelaram ainda a participação nos vários projetos e programas desenvolvidos pelo Serviço Social do HAC.

As ações reconhecidas para a caracterização da humanização, na ótica dos usuários e profissionais.

- ◆ Quanto à satisfação dos profissionais, quanto aos relacionamentos interpessoais e ambiente hospitalar. Os profissionais reconhecem que sempre ocorrem as discussões internas para avaliar a qualidade dos serviços, surge às vezes a oportunidade de sugerir melhoria no serviço. Eles confirmaram que a chefia sempre administra as divergências e conflitos existentes e sempre às normas são aplicadas uniformemente.
- ◆ Com relação às condições de trabalho no HAC os profissionais destacaram que o ambiente é bom e seguro. E os recursos materiais ofertados para a prestação da assistência, foram considerados como de boa qualidade. No apoio aos profissionais, os mesmos apontaram a falta de uma área de descanso, atividades recreativas e sociais, mas alegaram positivamente a questão do treinamento para aprimoramento.
- ◆ Quanto à garantia da qualidade dos serviços prestados, o maior índice ficou no nível satisfatório a bom. Na valorização e motivação do profissional, o maior índice foi para eventual e quanto a realização no trabalho a totalidade dos profissionais responderam afirmativamente.

Quanto à opinião sobre o atendimento da equipe com base nos princípios dos direitos dos usuários.

- ◆ Com relação à explicação dos procedimentos a serem realizados e entendimento dos mesmos, verificamos que a equipe explica os procedimentos de forma clara, facilitando a compreensão.
- ◆ Quanto ao usuário ser chamado pelo nome, a totalidade está satisfeita e afirmaram conhecer quem são os profissionais que os atendem.
- ◆ Com relação à confiança e segurança, os usuários tem esse sentimento e estão

satisfeitos com a privacidade no atendimento que é sem preconceito ou privilégio e com prontidão.

- ♦ No tocante à visita aberta esta não é aplicável a todas as enfermarias do HAC, mas existe a alternativa de acompanhante nos horários de visita, reconhecendo que os horários de visita do HAC é como gostariam.
- ♦ Quanto à facilidade de acesso à informação, os usuários relataram estarem satisfeitos e sobre o mecanismo de escuta ou ouvidoria e afirmaram terem recebido informações referentes ao setor. A facilidade para contato com a equipe, foi revelada por um alto índice de usuários com pequena variação entre as áreas com os quais os contatos foram solicitados.

Diante do exposto acima concluímos que a hipótese foi comprovada, pois as ações de humanização no HAC estão sendo implementadas, percebidas e executadas pelos profissionais e reconhecidas pelos usuários. No entanto sugestões foram dadas com intuito de ampliar essas ações como forma de garantir a efetivação da Política Nacional de Humanização.

Propostas

O GTH é definido como espaço coletivo, participativo e democrático, de encontro de pessoas interessadas em discutir o seu próprio local de trabalho, com o comprometimento de planejar ações “humanizadoras”, com foco nos interesses dos atores envolvidos na instituição: trabalhadores, gestores e usuários (pacientes, acompanhantes, familiares e interessados).

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde.

Observa-se que de acordo com as opiniões dos profissionais do HAC sobre o objetivo principal do grupo de humanização, alguns depoimentos abaixo revelam que estão contemplados nas atribuições do GTH preconizado pela PNH.

Diretor - Unir todos os departamentos, setores e serviços, incluindo-se os de cunho voluntário em prol do objetivo maior que é suprir as

carências e demandas do paciente da FAC. (Sujeito 2)

Medicina - Identificar e mostrar para toda a equipe as mudanças a serem feitas com o objetivo de humanizar o atendimento e a assistência de forma global. (Sujeito 3)

Enfermagem - Além de promover ações junto aos usuários, acredito que o objetivo principal deveria ser o treinamento e capacitação dos colaboradores (todos, sem exceção) que prestam atendimento na instituição. (Sujeito 1)

Psicologia - Motivar e mobilizar a instituição de forma a garantir o atendimento humanizado na assistência a saúde. Também promover a melhoria através de políticas institucionais dirigidas aos pacientes/profissionais etc. (Sujeito 2)

Nutrição - O objetivo principal do grupo seria oferecer ao paciente um tratamento digno, melhor qualidade de vida, por meio de reuniões freqüentes de uma equipe multidisciplinar, discussões, sugestões... para atender o paciente da melhor maneira possível. (Sujeito 1)

Serviço Social - Desenvolver projetos que promovam a qualidade no atendimento do paciente para que o mesmo sinta-se acolhido e seguro com o tratamento proposto. (Sujeito 3)

Dentre os profissionais pesquisados, escolhemos alguns depoimentos que poderiam contribuir no desencadeamento do processo de humanização na FAC

Diretor - A diretoria de operações dá o suporte a todas as atividades fim da instituição e como tal, o serviço social da FAC está inserido nesta diretoria, razão pela qual incentivamos e damos o suporte necessário para a melhoria contínua nos atendimentos e desenvolvimentos das atividades do setor. (Sujeito 3)

Medicina - Já faço parte da comissão de humanização, mas a melhor maneira de contribuir é dando bons exemplos diante dos colegas, funcionários e residentes (por exemplo, demonstrando como uma conversa cheia de paciência e atenção pode resolver de forma efetiva os problemas de um paciente, orientando com gentileza pacientes que fazem perguntas no corredor, fazendo o máximo possível para resolver um problema de uma família, etc.). Não adianta só falar, temos que agir. Atitudes positivas geram mais atitudes positivas. (Sujeito 4)

Enfermagem - Prestando atendimento humanizado dentro e fora da unidade em que trabalho, orientando os colaboradores que estão sob

minha responsabilidade. Acho que isto é o primordial, se cada um fizer desta maneira já é um bom e grande começo... mas, deve ser realizado por todos! (Sujeito 5)

Psicologia - Levar para a comissão os problemas e dificuldades observados no ambiente hospitalar (funcionamento) para análise; ter a preocupação de desenvolver projetos de assistência aos pacientes buscando seguir os princípios da humanização; melhorar o funcionamento do meu serviço (as relações, o ambiente, etc) (Sujeito 1)

Nutrição - Individualmente praticando atendimentos, oferecendo atenção e respeitando a vontade do paciente. Em equipe planejar atividades que incentivassem atitudes de humanização. (Sujeito 1)

Serviço Social - Participando das ações de humanização propostas pela comissão de humanização, propondo e promovendo programas de atendimento que fortaleçam o acolhimento do paciente. (Sujeito 2)

Referências

ALMEIDA, H.M.S. Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. In: **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la reforma Del Estado y de la Administración Pública**. Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

ALTIERI, L. (1997) apud SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**, Petrópolis: Vozes; 2006. p. 214.

ALVES, F.L.; MIOTO, R.C.T.; GERBER, L.M.L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social & Saúde**. Campinas: Hospital de Clinicas Unicamp, vol.VI, nº6, p.35-49, mai.2007.

BARROS, A.J.S; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Makron Books; 2000.

BETTINELLI, L.A. et al Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.;

BERTACHINI, L. (Ed). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 5, p. 87-99.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**. Humaniza 2003. [periódico on-line] citado em 25 ago. 2003. Disponível em URL: <http://www.portalhumaniza.org.br>.

BITTAR O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev Adm Saúde** 2001; 3:21-8.

BOSI, M.L.M, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para proposta metodológicas centradas na integralidade e na humanização In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

BRASIL, Presidência da República, **Lei Orgânica da Saúde**, nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. (2005). Política Nacional de Humanização Hospitalar. Humaniza SUS. Disponível em www.portal.saude.gov.br . Acesso em 23/03/2008.

BRASIL, Senado Federal, Constituição da República Federativa do Brasil, Título II. "**Dos Direitos e Garantias Fundamentais**", Capítulo II artigos 194 a 204 e capítulo VII artigo 226 e 23º Brasília. Centro Gráfico, 1.998.

BRASIL. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. (mimeogr.)

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil** promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNASS: **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**, edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [online] [Consultados em 18 mai 2008] 2004a; [250 telas]. Disponível: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_638_ManualAdoProgramaANacionaldeAAvaliacaoAdeServicosAdeASaudeA.APNASS.pdf

BRASIL. **Código de ética do assistente social**. In: Legislação brasileira para o serviço social, organizado pelo Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo SP, 9ª região (gestão 2002-2005). CEFESS 1993; (273): 38-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [online] 23 fev 2006 [Consultado em 10 mar 2007b]; Disponível: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/pacto_portaria_399_06.pdf.

BRASIL. Presidência da República. 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 [online] 19 set 1990 [Consultado em 1 jul 2001]; Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [online] [Consultados em 8 dez 2004] 2004a; [250 telas]. Disponível: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_638_ManualAdoProgramaANacionaldeAAvaliacaoAdeServicosAdeASaudeA.APNASS.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Competência profissional [online] [Consultado em 30 de mai.2007f].Disponível: http://portalweb05.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23094

BRASILIA, Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.Brásilia: **Ministério da Saúde**, 2 ed, 2004.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária In Mota e organizadores, **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** São Paulo: Cortez, 2006.

CARTA ao Professor. Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2003. 07p. (mimeogr).

CHIAVENATO, I. **Administração em recursos humanos.** 2a. ed. São Paulo:Atlas; 1981. v. 3.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez; 1998.

COHN, A. "**Mudanças Econômicas e Políticas Sociais de Saúde no Brasil**". Laurel Asa C. (org) Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. São Paulo, São Paulo, Cortez, 1995.

COSTA, M. D. H. Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN). Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998. (mimeo). In: Mota E organizadores **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, R. (2005). **Entendendo a percepção hospitalar sob o olhar de profissionais e usuários do serviço.** Disponível em: www.unifesp.br Acesso em 14/03/2008.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** In: Ciência & Saúde Coletiva: “Ética e Humanização”. Rio de Janeiro: ABRASCO. Volume 9, nº 1, 2004.

DONABEDIAN, A. (1989) apud Serapioni, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes; 2006. p. 210-1.

FONTANA, M.I. **Apostila Pesquisa em Serviço Social II.** Faculdade de Serviço Social de Bauru – ITE – Bauru. (mimeogra).

FREITAS, B. P.; SILVA, I. L. R. **O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional.** Rio de Janeiro, 2007, 142p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

FURTADO JP. Avaliação para o conhecimento e transformação In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes; 2006. p. 191-206.

GOVERNO do Estado de São Paulo, Secretaria da saúde - **Direitos do Paciente** (cartilha). São Paulo, 1.995.

IAMAMOTO MV. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez; 1998.

INCA. (2008) **Ministério da Saúde.** Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativas/2008> >. Acesso em 14, abr. 2008.

JEAMMET, P.R.M; CONSOLI, S. (2000). **Psicologia Médica.** Rio de Janeiro: Medsi.

JUNQUEIRA, A.C.C. **Serviço Social em Oncologia.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP, 1997.

LEGISLAÇÃO Brasileira para o Serviço Social. São Paulo: **O Conselho**, 2004.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social & Saúde.** Campinas: Unicamp, 2002.

MARTINS, J. de. J; FARIA, E. M. A reorganização do trabalho da enfermagem em UTI **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 388-401, 2000.

MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária.** Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2000. (mimeo). In: Mota E organizadores Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional São Paulo: Cortez, 2006.

MATOS, M.C. O debate do Serviço Social na saúde dos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 74, p.85-117, 2003.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade a saúde: princípios básicos**. São Paulo (SP): Terra; 1995.

MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 22-3.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social** . Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, R.P. (1994) apud Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado, FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006.

ONU. 1948. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em <www.who.int/entity/genomic/elsi/en>. Acesso em 10 de maio de 2008.

OVRETVEIT, J. (1996) apud Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006.

PESQUISA avalia grau de satisfação dos clientes da Fertimport. *Rumos* [online] 1997 [Consultado em 18 out. 2002]; 2(23): [10 telas]. Disponível: <http://www.fertimport.com.br/rumos23/pagina23/pagina23.htm>.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (2004). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola.

PNHAH. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

RODRIGUES, M.L. Elucidação de alguns conceitos básicos: prática profissional e dinâmica da ação. In: Rodrigues ML. Ações e interlocuções: estudos sobre a prática profissional do assistente social. São Paulo: Veraz; 1999. p. 15-19.

ROEMER, M.I.; AGUILAR, M. (1988) apud Serapioni. M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes; 2006.

SANT'ANA, R.S. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. Serv Soc Socied 2000; 21(62): 73-9.

SENA, E.C. Capacitação profissional. [on line] [consultado em 13 mar 2007]; [3 telas]. Disponível: <http://www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm>.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes; 2006. p. 207-27.

SILVA, E.L.; CUNHA, M.V. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. Ci Inf 2002; p. 31:77-82.

SOUZA, R.O. Serviço Social na Saúde: Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle Social. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2001 (mimeo). In Mota e organizadores Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, S.A.P. A Prática do Serviço Social e o Paciente Onco-pediátrico. Comitê do Serviço Social em Oncologia. Serviço Social em oncologia. São Paulo: Fundação Oncocentro

de São Paulo, 1997. p. 01-09.

TRUITE, M.B. **Controle da qualidade total para um hospital**. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto; 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1995.

[VAITSMAN, J.](#); [ANDRADE, G.R.B.](#) **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, July/Sept. 2005, vol.10, no.3, p.599-613. ISSN 1413-8123.

VASCONCELOS, A.M.; MASSON, F.M; MENEZES, J.S.B; VASCONCELOS, R.E.
FERREIRA, S.T. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, A. M. Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Tese de doutoramento), 1999 (mimeo). In Mota e organizadores **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002. In Mota e organizadores **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90. In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003. In: Mota E organizadores **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade**. In: Interface (Botucatu), vol.9, no.17, mar./ago de 2005.

_____. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.