

**MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL - ESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE
ESPECIALIZAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DE ATENÇÃO E GESTÃO – SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

**INCLUSÃO DO APOIADOR INSTITUCIONAL NA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA DE PELOTAS
SAÚDE DO TRABALHADOR COMO PROCESSO DE VALORIZAÇÃO**

Apoiadora: Maria de Lurdes Oliveira Tomberg

Tutora: Beatriz Pinho

Orientadora: Liane Beatriz Righi

Pelotas

2009

Maria de Lurdes Oliveira Tomberg

**INCLUSÃO DO APOIADOR INSTITUCIONAL NA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA DE PELOTAS
SAÚDE DO TRABALHADOR COMO PROCESSO DE VALORIZAÇÃO**

Trabalho apresentado como requisito para
*Especialização em Humanização de Atenção
e Gestão - SUS* apresentado por Maria de
Lurdes Oliveira Tomberg à Escola de Saúde
do Rio Grande do Sul, sob a orientação da
professora Beatriz Pinho.

PELOTAS

2009

DEDICATÓRIA

Dedico o presente estudo a meu marido, João, e, aos filhos, Jéssica e Yuri, minha razão de existir, pelo carinho e amizade e, porque, além do apoio, também contribuíram em todos os sentidos, desde paciência até estímulo, para que não esmorecesse durante a caminhada investigativa, portanto ajudando-me em todos os momentos mais difíceis no decorrer do curso.

AGRADECIMENTO

Àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este estudo se concretizasse, meus sinceros agradecimentos, especialmente:

A Deus e Nossa Senhora de Fátima pela proteção em minha vida;

À tutora Beatriz Pinho e à orientadora Liane Righi pelos momentos de estudo e incentivo;

À Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, pela ajuda que deram, não só financeira, mas abrindo espaço para que eu pudesse trabalhar e, desse modo, além de contribuir com novas posturas na saúde, também pudesse crescer e aprender na troca com colegas e parceiros;

À amiga Letícia Kornalewski pela amizade, companheirismo e apoio nas horas difíceis e, encontro este marcado pelo início de uma grande amizade;

Às colegas do Tche Humaniza, todas elas, pois participaram e contribuíram muito para o sucesso da proposta durante a caminhada a que nos propusemos.

A todos vocês... Muito obrigada!

RESUMO: O presente estudo objetivou analisar a questão da saúde do trabalhador e a inserção do apoiador institucional no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, além de relatar as políticas públicas no Brasil: o SUS, a Política Nacional da Humanização em Saúde e a Saúde no Trabalho, visando interferir no cotidiano do trabalhador, oportunizando ações capazes de melhorar, não apenas as condições de trabalho, como ainda a saúde e a qualidade de vida e de trabalho do profissional de saúde. Buscou-se a colaboração de alguns hospitais locais e de municípios vizinhos. Essa adesão permitiu oferecer seminários para questionamento, debates e ainda elaborar metas e ações concretas capazes de minimizar os problemas enfrentados pelo trabalhador em saúde e, ao mesmo tempo, levá-lo a rever sua prática e tentar transformá-la para melhor. Evidenciou-se que muitos deles apresentavam uma jornada de trabalho estressante e árdua, com muitos deles atuando em mais de um emprego. A proposta mostrou-se pertinente e satisfatória visto que houve ações inibidoras dos problemas funcionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador. Apoiador. Intervenção. Ações.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	12
1.1 O SUS	15
1.1.1 O Marco da História do SUS.....	15
1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH.....	18
1.2.1 A Humanização na Saúde como meta.....	19
1.3 SAÚDE DO TRABALHO.....	21
1.3.1 Saúde do Trabalhador.....	23
2 METODOLOGIA.....	25
2.1 O CENÁRIO	27
2.2 HISTÓRIA DAS SOCIEDADES PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA.....	27
2.3 ATUALIDADES DO HOSPITAL.....	28
3 CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: <i>Um compromisso com a vida...</i>	31
3.1 CENÁRIO LOCAL.....	32
3.2 GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – GTH.....	35
3.3 REDES.....	38
4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA.....	39
4.1 INTERVENÇÃO: TCHÊ HUMANIZA.....	39
4.1.1 Centro Cirúrgico.....	40
4.2 AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE ATRAVÉS DOS SEMINÁRIOS	46
CONCLUSÃO.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	52
ANEXOS.....	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Cronograma das Atividades de Intervenção – SPB.....	26
TABELA 2 – Especialidades da Beneficência – Pelotas/ RS.....	29

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 Cidades que aderiram à Proposta de Humanização da Saúde.....	38
--	----

INTRODUÇÃO

O conhecimento é o diferenciador do agir humano em relação ao agir de outras espécies. É, portanto, o grande instrumento estratégico do homem, e o elemento específico fundamental na construção do destino de humanidade, daí a importância da educação.

Quando se fala em homem, conhecimento e educação a idéia é a do ser como um todo humanizado. Partindo dessa premissa, ao se pensar em humanizar alguém, pressupõe-se que, em dado momento, este se desumanizou, considerando-se o significado presente no dicionário Aurélio¹ como sendo o *fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar*. Então humanizar vai além de ter boas atitudes, tem a ver também com a prática social que deve corresponder a todos os anseios e necessidades que vão desde a atenção básica à criança, ao idoso, à educação e à saúde.

No entanto, como neste estudo, a preocupação está justamente no como humanizar, quando há na saúde falta de investimentos, os atendimentos são restritos, complexos e ineficientes frente às necessidades prementes do ser humano no que se refere às necessidades básicas, mínimas. Então, ao se pensar em humanizar a saúde, é preciso pensar em pessoas que se dedicam aos outros, à caridade e, que, em algum momento desta caminhada, deparam-se com o desamor e o pouco valor à vida e, sendo esta uma das formas de humanização, o PNH questiona e amplia este entendimento

¹ LEXIKON Informática. *Dicionário Aurélio Eletrônico*. Século XXI. Versão 3.0.

Além disso, há o agravante de que os hospitais, no início de suas origens, foram construídos para acolher inválidos, carentes e vítimas de guerra. Não existia um atendimento à saúde ou atendimento de qualquer natureza. Segundo Foucault (2004) esta forma de atendimento representaria uma espécie de segregação social.

A evolução do atendimento à saúde ocorreu aos poucos. E, com o avanço da tecnologia, com a fragmentação do conhecimento o paciente começou a se ver aos pedaços, com especialistas direcionados a cada parte do seu corpo. E estes, por sua vez, precisavam, cada vez mais, de tecnologia e de máquinas mais e mais avançadas para dar conta dessa enorme demanda. O conhecimento é, cada vez mais, exigido e, naturalmente, o surge supervalorização do especialista, e o paciente é visto por muitos como mais um a ser atendido o que também contribui para o processo de desumanização.

Todos estes agravantes debilitaram a saúde pública, no entanto, hoje, com a Política Nacional de humanização, começa a ser resgatada a integridade e a dignidade do atendimento justamente pela ação da equipe multidisciplinar. Surge neste momento à construção da humanização da saúde com o atendimento diferenciado. Inicia-se, portanto, o trabalho da Política Nacional de Humanização, sendo esta a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; usuários trabalhadores e gestores. Como sujeitos ativos a protagonistas das ações de saúde, segundo o Ministério da Saúde.

No primeiro capítulo aborda-se, portanto, as políticas públicas no Brasil, sua história e desenvolvimento. Como objetiva ainda estimular o surgimento e a disseminação de uma nova concepção dentro do hospital, proporcionando um cuidado adequado e, por conseqüência, o desenvolvimento de relações mais favoráveis com colegas de trabalho, pacientes e familiares. Assim como, refletir junto com os trabalhadores do hospital, sobre o impacto do trabalho hospitalar na produção de sua própria saúde/doença. Visando à busca de solução compartilhada para o problema do cotidiano. Nesse sentido contribui para a melhoria da qualidade de vida, auto-estima e de convivência social dos trabalhadores.

Este capítulo ainda aborda a questão do SUS, a Política Nacional e Estadual de Humanização, destacando o marco histórico do SUS na saúde pública, e, portanto

explanando sobre a saúde no trabalho e as questões que envolvem o trabalhador da saúde no cotidiano, analisando os problemas mais comuns e buscando ações que colaborem para a melhoria no setor.

No segundo capítulo aborda-se a metodologia utilizada pela pesquisadora, o cenário e a história das Sociedades Portuguesa de Beneficência, sua importância no âmbito da saúde e serviços que oferece à comunidade.

No terceiro apresenta a proposta deste estudo que vem a ser a construção do processo de humanização na saúde na Sociedade Portuguesa de Beneficência como sendo um compromisso com a vida. Discorre sobre o cenário onde ela se insere, e sobre o grupo de trabalho de humanização na saúde (GTH), fala ainda das parcerias e adesões ao projeto, principalmente dos municípios vizinhos do município de Pelotas.

No quarto capítulo explica-se a política de humanização na prática, a importância da intervenção TCHE Humaniza, da intervenção no centro cirúrgico, primeiro setor escolhido por apresentar características específicas e distintas, justamente pela grande tensão e estresse devido a práticas delicadas e complicadas.

Além disso, faz-se uma avaliação da humanização na saúde através dos seminários realizados, sintetizando a importância do PNH e a humanização no referido hospital, tecendo observações sobre o grupo de apoio e as ações do *GTH Semeiar*.

A conclusão apresenta-se como um capítulo a parte pela sua importância com um breve comentário sobre o desenvolvimento do estudo e sobre os resultados obtidos.

E, por último a bibliografia, também fundamental para que este se realizasse de forma objetiva e concreta, embasada em uma literatura condizente com a qualidade do projeto.

1 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Para analisar as políticas públicas no Brasil, primeiramente, é necessário entender a relação entre saúde e sociedade, justamente porque, o modo como o ser humano vive, é geradora da temática de saúde, assim como as intervenções sobre ela são determinadas socialmente, seja na identificação de problemas, na definição de suas causas, na preparação de medidas terapêuticas ou preventivas e na fixação de prazos e prioridades. Além disso, outros elementos, além daqueles oriundos do conhecimento científico ou de normas racionais de conduta, são determinantes. Assim, entende-se por políticas públicas:

o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI et. al., 2004, pág. 180).

Considerando essa definição, o avanço das políticas públicas, no Brasil, não foi um processo rápido, pelo contrário. A história das políticas públicas após o descobrimento, praticamente inexistiu, o que há são os relatos das condições físicas dos índios, apresentados como a de homens fortes, robustos e ágeis, qualidades equivalentes a ter saúde. E ao longo do tempo percebe-se que as questões ligadas à saúde eram ignoradas, limitavam-se, a princípio, ao uso de ervas e cantos curativos, administrados pelo pajé, como única forma de assistência a saúde (INDRIUNAS, 2008).

No entanto, com a chegada da família real portuguesa em 1808, houve a necessidade da criação da escola de medicina, a qual recebeu o nome de *Colégio médico-cirurgião, no Real Hospital Militar de Salvador* e, a *Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro*. Constata-se ainda que, no Rio de Janeiro não havia nenhum saneamento básico, por isso, várias doenças se espalharam com muita facilidade. São elas: varíola, malária e febre amarela (INDRIUNAS, 2008).

Portanto, nos primeiros tempos do Brasil colônia e, mais tarde, na fase Imperial, não havia uma ação governamental organizada sobre o processo saúde doença e, por

isso as variadas doenças infecciosas alastravam-se assustadoramente, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países com mais problemas de saúde (RONCALLI, 2000).

Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram com um estreito vínculo com a Previdência Social, voltadas a atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo e com um tipo de organização que favorecia um processo de privatização através da compra de serviços assistenciais privilegiando o setor privado.

No entanto, foi no governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que surgiu a primeira medida sanitária no país. O presidente nomeou o médico Osvaldo Cruz para resolver o problema, numa ação política e, não, numa ação de educação sanitária. Foram contratadas algumas pessoas para invadir casas, queimar roupas e colchões, o que provocou revolta da população. No auge do conflito houve a instituição de uma vacina anti-varíola, o que levou a população às ruas, o que se chamou a *Revolta das Vacinas* (CANIAN, 2008).

Osvaldo Cruz acabou sendo afastado, mas colheu muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Somente com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários no Brasil, começou-se a discutir em forma de greves e manifestações, um modelo de assistência médica para a população pobre e trabalhadores. Em 1923, surge a *Lei Eloi Chaves*, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão, mantidas por empresas que ofereciam os serviços a seus funcionários.

A lei de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, é considerada a primeira lei de previdência social. Também conhecida como Lei Elói Chaves, nome do autor do projeto, ela concedia aos trabalhadores associados às Caixas ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário (ORLANDINI, 2008).

A primeira a surgir foi a dos ferroviários, que dava assistência médica aos funcionários e as famílias, com preços especiais para medicamentos, aposentadoria ao trabalhador e pensão para os herdeiros.

Na revolução de 1930, quando Getúlio Vargas toma o poder, é criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPAS), que passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não por empresas. Suas atribuições são praticamente iguais as da Caixa de Aposentadoria e Serviços. O primeiro IAP foi o dos marítimos.

De 1940 a 1964, início da ditadura no Brasil, começou a discussão da unificação dos IAPAS. Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social unifica os IAPAS, em regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) o que excluiria trabalhadores rurais, empregadas domésticas e funcionários públicos (SALAZAR, 2008). E, em 1967, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), surgindo aí à participação das empresas, dos trabalhadores e do Erário público. A solução encontrada pelo governo foi pagar às redes privadas pelos serviços prestados à população.

Anterior a 1974 os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que ajudou a ampliar as redes privadas de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. De 1969 a 1984 o número de leitos privados cresceu 500%. O regime militar pensava em medicina curativa, nesta época, como medida de prevenção e sanitarismo, surgiu a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM).

Em 1978, cria-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1981 ainda pelos militares é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONESP). Com o fim do regime militar, surgem órgãos que incluem a participação da sociedade civil, Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde (CONESS) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2008).

Neste momento surge a época dos convênios, assistências médicas suplementares, medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro saúde e plano de administração.

1.1O SUS

O SUS apresentava-se como uma prática de saúde impessoal por apresentar lacunas como os [...] poucos dispositivos de fomento à co-gestão e a valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção em saúde (BRASIL, 2006, 15). Além disso, evidencia-se que o próprio sistema de saúde divide a pessoa em partes: “como se pode falar em humanização se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem ser ouvida?” (KUNKEL *apud* MENDES SOBRINHO; LIMA, 2008, p. 4).

Nesse sentido, surgem os programas de humanização valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006, p. 8). Como tal, traz em seu bojo alguns princípios norteadores, tais como valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social a fim de garantir os direitos dos cidadãos, realização de trabalho em equipe multiprofissional, construção de redes cooperativas, fortalecimento do controle social, valorização da ambiência possibilitando um saudável ambiente de trabalho (BRASIL, 2006).

1.1.1 O Marco da História do SUS

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS, por várias medidas: em 17 de março de 1986, José Sarney, primeiro presidente civil após a ditadura, abriu a primeira CNS direcionada à sociedade, importante marco na programação do movimento da Reforma Sanitária.

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) um convênio entre INAMPS e os governos estaduais, é considerada a mais importante por ter formado a base para seção da saúde da Constituição brasileira, de cinco de outubro de 1988, que foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como *direito de todos e dever do estado* (PIMENTA, 1988).

A implantação do SUS foi de forma gradual: primeiro foi o SUDS, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde². E, em 1998 o SUS (sistema único de saúde) foi criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população, tendo como uma de suas principais características: a participação do usuário na gestão do serviço (BRASIL, 2006).

O SUS institui uma política de saúde que visa à integralidade, a universalidade, e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Segundo Gastão Campos (2008), o SUS ainda tem movimento de crescimento e de degradação, ainda existe um impasse na sua implantação: financiamento insuficiente, reorganização e integração entre municípios.

A Constituição Federal do Brasil determina, em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Essa característica assegura, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2008).

Para que tal lei seja respeitada, busca-se a qualidade em saúde pública através de ações e serviços públicos de saúde, que integra uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade, nos termos do artigo 198 da Constituição Federal.

Considera-se, desse modo, que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem a ser a resposta à sociedade brasileira, porque visa à promoção da saúde: e, assim deve garantir um atendimento qualificado, rápido e eficiente. Isto é, assegura a justiça social e supera as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos (LACAZ, 2008).

O SUS, como uma política de Estado, traz avanços históricos com a descentralização e a municipalização de ações e serviços, a melhoria e a ampliação da atenção à saúde da população e da vigilância em saúde e sanitária, e o maior controle social com a atuação dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2008b).

² Decreto nº 99.060 de sete de março de 1990.

Diante dessa trajetória de criação do SUS, desde a reforma sanitária até o atual Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria n.º 399, de 22 de Fevereiro de 2006) - de co-responsabilidade das esferas dos governos federal, estadual e municipal - é fundamental identificar e tornar pública toda a malha social e institucional que interage e atua para superação dos desafios do setor saúde (BRASIL, 2008b).

Ao promover uma abordagem histórica e cultural das políticas de saúde e a mobilização da sociedade para apropriação do SUS como uma conquista brasileira, a iniciativa se reveste de forte significado político para maior efetividade dos direitos sociais em nosso país. Registre ainda, que a proposta se insere nas ações de cooperação em prol da identificação, preservação, valorização e divulgação do Patrimônio Cultural da Saúde, prevista no Termo de Cooperação, firmado em 25 de maio de 2005, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura (SILVA; MOREIRA, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), após 20 anos de sua criação, apresenta algumas deficiências e dificuldades no atendimento público, mas é preciso ressaltar os avanços que vieram com a universalização da saúde. “Se temos um sistema que ainda engasga operacionalmente, temos que destacar as conquistas” (BEZERRA, 2008).

Ele acrescenta ainda que a conquista mais importante foi a melhoria da saúde da população, com programas de vacinas e redução das doenças infectocontagiosas, pois se a atenção primária estiver bem estruturada, pode reduzir em até 80% os casos que poderiam necessitar de atendimento dos setores secundários ou terciários e que a ação dos EPSF's e dos agentes de saúde contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna.

Nesse sentido, de esforço conjunto para a promoção da saúde,

segundo dados do CNS, o Sistema Único de Saúde realizou, somente em 2002, quase 2 bilhões e 40 milhões de procedimentos. Este número coloca o SUS como uma das maiores redes de saúde do mundo. E importante: grande parte da população brasileira depende exclusivamente do SUS. São 14 anos de existência do SUS. Muito se discutiu, muito se avançou e muito ainda falta para ser conquistado, para se efetivar. E o instrumento mais eficaz para a construção e efetivação do SUS continua sendo a conferência de saúde. Estamos em um cenário de grandes mudanças políticas nacionais e não se pode deixar de discutir a política de saúde (GUIRLANDA, 2003).

Portanto, mesmo com problemas, há um esforço para, gradativamente, minimizar o problema de saúde pública no Brasil.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH

A partir de 2005, a Política Nacional de Humanização (PNH) passou a ser uma ação prioritária da *Agenda de Compromissos do Ministério da Saúde*, visto que se mostra como uma política transversal a fim de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. São ações que trazem inovações nas práticas gerenciais e de saúde, sendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não vem separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2004).

Por humanização, o Ministério da Saúde, entende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; usuário trabalhadores e gestores. Como sujeitos ativos a protagonistas das ações de saúde.

A diretriz da PNH é o método de inclusão no sentido da clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, grupalidade coletiva e redes, e, a construção do SUS que dá certo.

Nesse sentido, Gastão Campos (2008) destaca a necessidade de se articular os Serviços em redes sob a ótica de gestão pública. Na história das políticas de saúde no Brasil, em muitas situações, e visualizadas em redes.

Segundo Righi (2005) a municipalização em muitos casos isolou os municípios e conseqüentemente, limitou o desenvolvimento de uma rede de cuidados. E, segundo Andrade e Vaitsman (2002), rede envolve relações de troca as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua.

Os grupos de trabalho de humanização (GTH) assumem importância fundamental no desenvolvimento de PNH, porque promovem um processo de humanização na instituição a partir da sensibilização dos profissionais e pela gestão, justamente onde são necessárias mudanças de comportamento humano.

São ações que começam a fazer grande diferença na prestação dos serviços. No entanto, falar em mudanças de comportamento é fazer as pessoas começarem a refletir

suas atitudes, e isso não é um processo fácil, pois deve haver o comprometimento com essa mudança.

1.2.1 A Humanização na Saúde como Meta

A Política de Humanização surge a partir da preocupação com número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos hospitalares quando o Ministério da Saúde apresenta uma proposta voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde (PNHAH).

Ela surge, portanto, para que as ações em saúde aconteçam, de modo a garantir que os cidadãos sejam acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde, isto é, valorizando a dimensão subjetiva e social, respeitando às questões de gênero etnia e raça, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2008c).

Desse modo os profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil) objetivando ligar à humanização ao campo de direitos humanos, principalmente as do usuário, valorizando sua inserção como cidadão de direitos.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2008c).

A 11^o Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000) com o título de *Acesso, qualidade e humanização na Atenção a Saúde com o controle social* interfere nas políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002 o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês, voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário, mais tarde ao trabalhador.

Entre 1999 e 2002, algumas ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde, no campo da humanização: carta do usuário (1999); Programa Nacional de

Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros de Colaboradores para Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método- Canguru (2000) (BRASIL, 2002).

A preocupação com a humanização na saúde se delineia timidamente através dessas transformações que se operam no país (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 564) e, enfatizada na XI Conferência Nacional de Saúde³ que procura interferir nas agendas das políticas públicas de saúde.

Logo, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), de 2000 a 2002, surgiu com ações em hospitais, através de comitês de humanização, voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador, identificando uma humanização, secundarizada, banalizada, pela maioria dos gestores e dos profissionais o que apontavam para a urgência de ações que respondessem à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS.

Com este propósito, o Ministério da Saúde adota, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que serviu de base para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) que, por ser uma política de âmbito nacional, cobre os diferentes estados do país, agilizando a melhoria dos serviços públicos, assim como daqueles que reivindicavam atenção às suas demandas de saúde, resolutividade e melhores condições de trabalho para e pelos profissionais.

Com essas direções foram definidos mostradores para Política Nacional de Humanização.

³ XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, CNS. Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, 2000.

1.3 SAÚDE DO TRABALHO

A história da Saúde Pública Brasileira iniciou em 1808, e percorreu um longo caminho até que, em 1956, surge o Ministério da Saúde, e ao longo destes quase cinquenta anos de existência, este passou por diversas reformas na estrutura. Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema (BRASIL, 2009).

Para que uma empresa obtenha êxito, é necessário que o trabalhador esteja em condições ótimas de saúde, porém o trabalho humano apresenta riscos que comprometem sua saúde, riscos estes desde laborais até pelo uso da tecnologia o que leva a preocupação com a Segurança do Trabalho

Na antigüidade a quase totalidade dos trabalhos eram desenvolvidos manualmente, prática esta ainda presente hoje em muitas atividades, tais como:

Hipócrates [...] quatro séculos antes de Cristo, fez menção à existência de moléstias entre mineiros e metalúrgicos.

Plínio, O Velho, [...] descreveu diversas moléstias do pulmão entre mineiros e envenenamento advindo do manuseio de compostos de enxofre e zinco. Galeno, que viveu no século II, fez várias referências a moléstias profissionais entre trabalhadores das ilhas do mediterrâneo.

Agrícola e Paracelso investigaram doenças ocupacionais nos séculos XV e XVI.

Georgius Agrícola, em 1556, [...] diversos problemas relacionados à extração de minerais argentíferos e auríferos, e à fundição da prata e do ouro. Esta obra discute os acidentes do trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros, dando destaque à chamada "asma dos mineiros". A descrição dos sintomas e a rápida evolução da doença parece indicar sem sombra de dúvida, tratarem de silicose (HISTÓRICO DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO, NO BRASIL E NO MUNDO, 2003).

A referência entre trabalho e doença surge em 1697, com Paracelso⁴ com numerosas citações relacionando métodos de trabalho e substâncias manuseadas com

⁴ Monografia: "Von Der Birgsucht Und Anderen Heiten". Destaca-se que em relação à intoxicação pelo mercúrio, os principais sintomas dessa doença profissional foram por ele assinalados.

doenças. Em 1700, surge um livro de autoria do médico Bernardino Ramazzini⁵, verdadeiro monumento da saúde ocupacional, que descreve cerca de 100 profissões diversas e os riscos específicos de cada uma, enfatiza-se que muitas dessas descrições baseavam-se nas próprias observações clínicas do autor que sempre perguntava ao paciente qual era sua ocupação.

Entre 1760 e 1830, com a Revolução Industrial que surgiram as primeiras fábricas de tecidos e, com elas, o Capital e o Trabalho e a Indústria necessitavam de mão-de-obra operária.

Nesses cenários havia condições totalmente inóspitas de calor, ventilação e umidade, pois as fábricas existiam em galpões improvisados. As máquinas primitivas ofereciam toda a sorte de riscos, e as conseqüências tornaram-se críticas o que exigia um mínimo de condições humanas para o trabalho, pois homens, mulheres e crianças passaram a apresentar problemas sérios de saúde. Isto é: as fábricas proporcionaram melhoria salarial aos trabalhadores, mas causaram problemas ocupacionais bastante sérios: o trabalho em máquinas sem proteção; executado em ambientes fechados onde a ventilação era precária e o ruído atingia limites altíssimos; e, inexistência de limites de horas de trabalho acarretava elevados índices de acidentes e de moléstias profissionais.

Pouco a pouco, a legislação foi se modificando até chegar à teoria do risco social: o acidente do trabalho é um risco inerente à atividade profissional exercida em benefício de toda a comunidade, devendo esta, por conseguinte, amparar a vítima do acidente (HISTÓRICO DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO, NO BRASIL E NO MUNDO, 2003).

No Brasil, aproximadamente em 1930, inicia-se a revolução industrial com os mesmos problemas, e, em 1970, o Brasil era o campeão mundial de acidentes do trabalho. Mas desde este momento até hoje muitas conquistas foram reconhecidas através de ações objetivando a saúde do trabalhador.

⁵ O médico Bernardino Ramazzini publica, na Itália, um livro que iria ter notável repercussão em todo o mundo. Tratava-se da obra "De Morbis Artificum Diatriba". Por isso é chamado de o "Pai da Medicina do Trabalho".

As ações de atenção à saúde do trabalhador abarcam a promoção, a prevenção e a assistência, dirigidos ao indivíduo trabalhador que sofre, adocece, ou se acidenta e ao conjunto ou coletivo de trabalhadores, programadas e executadas de forma integrada.

Nesse sentido são dirigidas à mudança nos processos de trabalho - das condições e dos ambientes de trabalho – servindo-se de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial, com a participação dos trabalhadores, sujeitos e parceiros, interagindo, aprendendo sobre o impacto do trabalho, o processo saúde-doença e de intervindo efetivamente para a transformação da realidade.

1.3.1 Saúde do Trabalhador

Evidentemente, se é criado para trabalhar sem ao menos saber o que significa, porém este adquire um papel central no desenvolvimento do conceito de si mesmo e deve ser uma fonte de auto-estima, considerando-se que o trabalho enobrece, engrandece e produz uma sensação de bem estar. Portanto, a pessoa ou os grupos precisam experimentar prazer nas atividades de trabalho e esse prazer provém de interações humanas no ambiente, como respeito mútuo, compromisso e contribuição para a saúde e qualidade de vida organizacional.

Oliveira (2002) relata que a saúde ocupacional teve início por volta de 1950 e foi marcada não só pelo término da Segunda Guerra Mundial, mas também pelos movimentos sociais e governamentais em busca de reconhecimento dos direitos humanos. A reconstrução pós-guerra trouxe um aumento no cargo de trabalho, o que acarretou em doenças e acidentes que acabaram repercutindo na atividade empresarial, quando na busca da mão-de-obra produtiva.

Neste momento desvela-se a relativa importância da medicina do trabalho para intervir nos problemas de saúde causados pelo excesso de produção. Aumentam a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores e dos empregadores vinculadas pelas diretas e indiretas dos agravos à saúde dos empregados (DIAS & MENDES *apud* OLIVEIRA, 2002). Logo, surge a necessidade de uma ação na causa do adoecimento.

O marco na identificação desta etapa ocorreu em 1957 com a definição O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) quando esta definiu os objetivos da saúde ocupacional.

A saúde ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha as suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar trabalho a homem e cada homem ao seu trabalho (NOGUEIRA *apud* OLIVEIRA, 2002, p. 71).

No Brasil, é a constituição de 1988 o marco da etapa de saúde do trabalhador que considera a saúde como direito social, e que garantiu aos trabalhadores a redução aos riscos inerentes do trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, portanto, visa à redução dos acidentes e doenças ligadas ao trabalho, pelas ações capazes de promover a reabilitação e prevenção na área de saúde e, conseqüentemente, pela humanização da saúde. Suas diretrizes abrangem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a participação popular e a certeza de que todos os envolvidos devem buscar o conhecimento e a disseminação da importância em respeitar os limites tanto do trabalhador em saúde quanto do paciente.

2 METODOLOGIA

Para Marconi e Lakatos (1991, p. 64): "a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais".

Este estudo é do tipo qualitativo, descritivo, e de intervenção, porque pretendeu descrever a proposta de Humanização na Saúde e, além de sintetizar os encontros promovidos com os envolvidos no processo, ainda analisa as mudanças que se operaram nesses setores, buscando compreender seu processo e desenvolvimento.

Também se considera a pesquisa qualitativa como a coleta de informações sem instrumentos formais e estruturados, analisa informações de uma forma organizada e intuitiva, baseando-se em Minayo (1992) que muito bem conceitua esta metodologia:

A metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade (MINAYO, 1992, p.10).

Além disso, a intervenção surge como instrumento que dá suporte ao pesquisador social para trabalhar com os processos de subjetivação que o constituem tanto quanto aos grupos-sujeito de sua investigação. Portanto a intervenção se articula à pesquisa para produzir uma outra relação entre instituição da formação/aplicação de conhecimentos, teoria/prática, sujeito/objeto. Conflitos e tensões são as possibilidades de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda os modelos. Diante disso, ou ocupamos o lugar de especialistas, indagando sobre as doenças do indivíduo, ou o de sócio-analistas, indagando sobre a ordem da formação que exclui os sujeitos (ROCHA & AGUIAR, 2003).

A forma de desenvolvimento da proposta embasa-se na Psicodinâmica do trabalho por evidenciar a importância do grupo em detrimento das investigações individuais, que tendem a remeter os sofrimentos gerados pelo trabalho (condições e organização) às características de personalidade nas histórias individuais.

Desse modo houve a preocupação de:

- a) Oportunizar encontros coletivos como espaço de diálogo e reflexão sobre as condições do trabalho e sobre as responsabilidades de cada um na mudança da situação de trabalho.
- b) Proporcionar o conhecimento pessoal e melhor conhecimento dos outros; melhorar o inter-relacionamento pessoal e maior integração grupal.
- c) Ao aplicar as técnicas de dinâmica e seus exercícios objetivou-se despertar nas pessoas a consciência de pensar e falar sobre os problemas e juntos buscar a solução.

Nesse sentido houve a preocupação em seguir um Cronograma das Atividades de Intervenção – SPB:

TABELA 01 - Cronograma das Atividades de Intervenção – SPB

Dez. (2008), Jan. (2009)	Promover encontros com os gestores para apresentação do plano de intervenção no centro cirúrgico.
Fev., Mar. e Abr.	Intervenção no setor de Centro Cirúrgico e Avaliação
Maio (2009)	Promover encontros com gestores para a apresentação do plano de intervenção no setor de UTI Geral
Junho, Julho (2009)	Intervenção no setor de UTI Geral e Avaliação

FONTE: Planejamento das atividades pela coordenadora

O Cronograma restringe-se, a princípio, a esse dois setores, mas a intervenção visa atingir outros setores que serão avaliados por prioridade e obedecerão a um outro cronograma, após uma parada avaliativa.

A meta principal é melhorar e ampliar anualmente a extensão do projeto, para atingir o maior número possível de trabalhadores e sempre almejando à resolutividade, à satisfação e à qualidade de vida destes.

O trabalho do bloco cirúrgico é desenvolvido apenas pela apoiadora que é a responsável, no entanto a da Unidade de Produção (UP) cabe ao grupo de apoiadores.

As metas previstas pelo *UP Tchê Humaniza* iniciou em Dezembro cujos seminários objetivaram apresentar a PNH em cada local dos apoiadores, assim:

- No dia 03 de Dezembro de 2008 -I Seminário Municipal da Política de Humanização de Capão do Leão, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social.
- No dia 16 de Dezembro de 2008 - I Encontro Hospitalar de Humanização, integrando os três hospitais: Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Escola e Santa Casa de Pelotas. Com o objetivo de discutir as relações entre humanização, gestão hospitalar e trabalho em saúde; Construir uma Agenda de trabalho de para 2009.
- No dia 08 de Janeiro 2009 - I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em São José do Norte, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, visando discutir *O Acolhimento: A Diretriz da Política Nacional de Humanização*.
- No dia 14 de Janeiro de 2009 - I Seminário Municipal de Humanização, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cerro Grande do Sul/RS.
- No dia 07 de março de 2009 - Humaniza HU: Seminário para discutir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - Rio Grande/ FURG - Universidade Federal do Rio Grande.
- No dia 17 de Abril - I Seminário de Humanização em São Lourenço dos Sul.

A UP Tchê Humaniza visa a continuidade da programação para alcançar o objetivo de apresentação da PNH em cada local dos Apoiadores.

2.1 O CENÁRIO

2.2 HISTÓRIA DAS SOCIEDADES PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (SPB)

As Sociedades Portuguesas de Beneficência foram fundadas devido à preocupação dos imigrantes, que para cá vieram, em assegurar um lugar onde poderiam ser acolhidos no final de suas vidas.

Em Pelotas, a fundação ocorreu no dia 21 de junho de 1857, contando com 254 sócios. No dia 16 de setembro do mesmo ano, foi inaugurado o hospital, com 354 associados. E, em 1916, a sociedade contou com apoio e administração das irmãs da congregação da Divina Providência que vieram a somar no desenvolvimento da instituição.

Em 29 de junho de 1858, a Beneficência de Pelotas separou-se da de Porto Alegre. A partir daí, iniciou-se a grande obra da construção do prédio, em lugar apropriado e terreno próprio, doado por Isabel Fontoura Leitão. A doação foi o primeiro grande passo para a construção da instituição, porém era necessário que se angariassem mais fundos para a concretização das obras. Para isso foram organizadas quermesses, espetáculos e empréstimos em bancos.

Em 1859, as obras começaram, sendo concluídas em 13 de julho de 1861, mas a construção da capela foi realizada a partir de 1890, e finalizada no ano seguinte.

O desenvolvimento da instituição deu-se de forma lenta, organiza-se através da administração de conselhos e chefias. Desse modo a instituição passa pelas mãos de vários diretores e administradores, que se dedicaram a trabalhar pelo seu desenvolvimento, com a colaboração das centenas de sócios do hospital.

A Sociedade Portuguesa de Beneficência passou a ser uma entidade filantrópica a partir do ano de 1999.

2.3 ATUALIDADES DO HOSPITAL

Em toda sua história a Sociedade Portuguesa de Beneficência sempre elegeu sua diretoria através de chapa única e de consenso. Pela primeira vez em 151 anos de existência foi realizada eleição para escolha de sua nova diretoria com duas chapas. A da situação liderada pelo atual presidente e a da oposição com o ex-presidente.

Essa situação gerou muita ansiedade, dúvidas, alguns trabalhadores e sócios sentiram-se ameaçados. Foram dois meses de muitas incertezas, inverdades, agressões verbais pelos meios de comunicação, expondo seus problemas internos.

Tudo isso gerou muito estresse a todos os envolvidos direta ou indiretamente. Ganhou a chapa da situação que foi empossada no dia 30.12.2008, eleita para o biênio 2009/2010. Com o apoio da maioria dos trabalhadores.

Nos últimos anos o hospital teve muitos avanços, não só na sua estrutura física, tais como: construção de uma nova UTI e Nefrologia com seus mais modernos equipamentos, reforma total da cozinha e outros, como também na contratação de profissionais mais capacitados, além da preocupação com o trabalhador e, com a implantação do GTH.

No entanto, existem muitos aspectos a serem trabalhados, tais como melhoras na comunicação em geral, participação maior dos atores no processo de planejamento das ações, dar maior atenção a saúde do trabalhador, mais valorização dos profissionais, ouvidoria e outros para que o hospital possa operar na lógica da PNH.

Essa diretoria eleita através de voto democrático de todos os seus sócios, conta com uma administração geral feita por alguns médicos e sócios, os quais vêm buscando instalar a tecnologia necessária e visando o melhor em termos de atendimento hospitalar aos seus usuários e sócios. Atualmente conta com 1500 sócios.

O hospital tem no seu corpo clínico quase a totalidade das especialidades médicas, equipamentos de última geração e oferece diversos serviços. Todos os avanços estão à disposição do usuário do SUS.

Com uma área construída de cerca de 14,000m² a Beneficência continua desenvolvendo seu trabalho centenário nas áreas básicas da Medicina. É referência em Cirurgia Cardíaca e Neurocirurgia. E ainda oferece algumas especialidades, conforme quadro 2:

TABELA 2 – Especialidades da Beneficência – Pelotas/ RS

Especialidades ofertadas na casa	Especialidades terceirizadas
Clínica Geral	Medicina nuclear
Oncologia	Radiologia
Anestesiologia	Ultra-sonografia
Gastroenterologia	Radiologia
Endoscopia Digestiva	Banco de sangue
Laparoscopia	Laboratório de análises-clínicas
Cirurgia Geral	Laboratório de Patologia e Citopatológico
Cirurgia Plástica	Clínica de olhos
Torácica	

Vascular	
Oftalmologia	
Cirurgia Buco Facial	
Cardiologia	
Angiologia	
Endocrinologia	
Ortopedia	
Proctologia	
Neurologia	
Dermatologia	
Gineco-obstétrica	
Cirurgia Vascular	
Geriatrics	
Endocrinologia	
Traumatologia	
Reumatologia	
Urologia	
Nefrologia	
Otorrinolaringologista	
Pneumologia	
Colonoscopia	
Broncoscopia	

FONTE: Hospital de Beneficência, Pelotas/RS, 2008.

Atualmente o hospital dispõe de 207 leitos na sua totalidade, 134, ou 64% disponíveis ao Sistema Único de Saúde. Presta atendimento ao SUS e Planos de Saúde Privados e particulares. O hospital lançou um Plano de Saúde: *Saúde Maior*, em 29 de julho de 1996, fazendo parte de seu quadro cerca de 7,212 beneficiários. E, conta com 625 trabalhadores distribuídos em diversos setores.

3 CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA: *Um compromisso com a vida*

A Construção do Processo de Humanização na Saúde na Sociedade Portuguesa de Beneficência busca personalizar o serviço prestado pela entidade, considerando que este é um compromisso com a vida, pois os procedimentos devem ser embasados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, o que indubitavelmente exige a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho que deem valor à dignidade do trabalhador e do usuário.

Nesse sentido deve-se enfatizar que o doente precisa ser visto como um indivíduo que necessita de cuidados, que é um sujeito singular e como tal deve ser tratado. Então, procedimentos que o coloquem no anonimato, que o despersonalize, devem ser descartados. Assim também o profissional deve estar preparado para esse novo cenário, tanto tecnicamente quanto humanamente, pois a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais contribuem para a desumanização.

No que se refere ao doente percebe-se que este se apresenta frágil e vulnerável, pois muitos fatores colaboram para isso, tais como: o afastamento das atividades profissionais e familiares, a dor física e psicológica, entre outras. Faz-se necessário o desenvolvimento da afetividade, da sensibilidade e abertura para a escuta e o diálogo, objetivando dar o respaldo necessário à sua recuperação. Deve, portanto, haver uma interação entre os elementos, isto é, um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida.

Já em relação ao funcionário, são muitos os fatores que contribuem para a desumanização: condições de trabalho, baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla, sobrecarga de atividades e cansaço, somando-se ao fato de que convivem com a doença num ambiente de trabalho desfavorável e estressante.

No caso do ambiente estudado, Centro Cirúrgico, é mais preocupante pelas características que ele apresenta. Então, para que a humanização no centro cirúrgico

ocorra, os profissionais de saúde devem exercer sua função com sensibilidade, boa vontade, criatividade e eficiência, objetivando não só a recuperação da saúde física do paciente, garantindo a saúde mental e a satisfação, inclusive dos familiares e dos profissionais do centro cirúrgico.

O presente estudo, parte desses pressupostos para apresentar a proposta de Humanização no hospital em questão, partindo do princípio de que se está lidando com seres humanos, com problemas, dificuldades e, muitas vezes, com características diferenciadas e culturas singulares.

3.1 CENÁRIO LOCAL

A humanização é um processo vasto, lento e complexo, porque mexe nas estruturas sociais e de trabalho, o que gera resistências, porque abrange mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. A tendência é sempre seguir os padrões experimentados, já conhecidos, e, portanto, mais seguros. Implantar algo novo traz implicações, porque não há modelos prontos, é preciso experienciar, planejar, refazer ou adaptar. No caso da Humanização, cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização, pois é justamente essa a idéia: do novo, do específico àquele caso, naquele lugar, com aqueles sujeitos.

Assim partiu-se para a elaboração de Seminários que seriam apresentados aos que iriam acolher a proposta. Aderiram à proposta Pelotas: Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Escola e Santa Casa de Pelotas; juntamente com Capão do Leão, São José do Norte, Cerro Grande do Sul, Rio Grande e São Lourenço do Sul. O passo seguinte foi divulgar as datas e locais onde seriam apresentados os Seminários.

A proposta de Humanização recebeu o nome de Seminários TCHÊ HUMANIZA

A Unidade de Produção (UP) Tchê Humaniza, da qual a apoiadora faz parte, decidiu durante as reuniões de supervisão realizar seminários ou encontros nos locais de trabalho das apoiadoras, num total de dez (10) apoiadoras, abrindo espaço para discussão, possibilitando a formação de redes e inserindo a Política Nacional de Humanização (PNH) nestes locais.

I Encontro Hospitalar de Humanização, integrando os três hospitais: Sociedade Portuguesa de Beneficência, HE UFPEL/FAU - Hospital Escola e Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. O Acolhimento: A Diretriz da Política Nacional de Humanização.

Com relação à intervenção no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência a apoiadora optou pelo centro cirúrgico por ser este um dos setores que apresenta maior tensão e estresse e, futuramente estender-se a outros.

O centro cirúrgico é composto por 3 enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem. O trabalho do funcionário é dividido em escalas que se alternam em 4 plantões diferentes: das 7h às 13h; das 13h às 19h; e, à noite, no horário de 12h, no esquema de 12h de trabalho por 36h de descanso, consequentemente (noite, sim; noite, não) para cada turno.

Para por em prática o Projeto de Humanização na Saúde, no Centro Cirúrgico, optou-se por várias reuniões com as enfermeiras para acertar o melhor horário e dias da semana para os encontros, para estabelecer os horários mais adequados e que tivesse o menor fluxo de cirurgia para obter o maior ou o número total de funcionários no grupo. Mesmo assim, houve encontros com ausência de alguns funcionários devido a algum procedimento. Constatado tal ocorrência, cuidou-se para que, no próximo encontro, esses funcionários participassem, e outros, que já participaram anteriormente, os substituíssem, se necessário.

Organizou-se um cronograma com 6 encontros para cada turno, com 1h:30min de duração. Os horários estipulados foram: no turno da noite, às 21h, em duas noites consecutivas: segunda feira e terça feira; e, no turno diurno, manhã: aos sábados, às 10h30min; e, à tarde, 15h30min.

Houve ainda a preocupação, num primeiro momento, de promover encontros iguais para todos os grupos como espaço de diálogo e reflexão sobre condições de trabalho e sobre a responsabilidade de cada um na sua mudança da situação. A seguir apresentaram-se dinâmicas diferentes, embora com o mesmo objetivo para alguns, cuidou-se que não fosse repassada para os colegas a fim de que, com isso, não se perdesse o foco da mesma.

Para este estudo destaca-se houve a formação de 4 grupos, identificados aqui como grupos A, B, C e D.

Criou-se ainda um Grupo de Trabalho de Humanização, denominado GTH, cujo propósito é o de semear as idéias da humanização na saúde. Nesse sentido organizou-se seminários em municípios vizinhos, agendados previamente e que contou com a colaboração de alguns órgãos e autoridades da região, tais como:

I Seminário Municipal da Política de Humanização de Capão do Leão recebeu apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social.

I Encontro Hospitalar de Humanização: Sociedade Portuguesa de Beneficência, Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e Hospital Escola.

I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em São José do Norte.

I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em Cerro Grande do Sul.

I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em Rio Grande.

I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em São Lourenço do Sul.

3.2 GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – GTH

Grupo de trabalho de Humanização da Sociedade Portuguesa de Beneficência (GTH). Os apoiadores reuniram-se para programar as atividades a serem desenvolvidas pelo GTH. O grupo se formou a partir de uma reunião com a participação da administração, chefias, médicos e funcionários no dia 16. 03.2004, com o objetivo de discutir iniciativas de trabalho condizente com a Política Nacional de Humanização do SUS, tendo como propósito construir um processo direcionado à concretização de metas e resultados sólidos na instituição, objetivando melhorar as relações interpessoais, mudar hábitos e qualificar os colaboradores no atendimento aos clientes.

Partiram de observações e questionamentos sobre as relações entre humanização na saúde, gestão hospitalar e trabalho em saúde, sugerindo a elaboração de uma Agenda de trabalho para 2009, proposta esta realizada por todos com otimismo e vontade de mudar.

A agenda da Sociedade Portuguesa de Beneficência foi feita, e, na primeira reunião do GTH, discutiu-se sobre a PNH, com o compromisso de ir a cada reunião, pois são nesses momentos que a apoiadora passa tudo o que aprendeu no curso, destacando-se a percepção de que, até então, havia somente a preocupação com as ações humanizadas, no entanto, agora, no curso, percebe-se que não é só isso, há a necessidade de encarar essa idéia como uma política mais séria, com mais objetivos.

1. SEMEAR

Esses encontros geraram uma proposta de disseminação das mudanças na saúde buscando a melhoria de trabalho e de vida o que se deu o nome de ações humanizadas. Essas ações humanizadas são técnicas que contribuem significativamente para que os trabalhadores em grupo cresçam tanto pessoal quanto profissionalmente, pois fazem com que as pessoas interajam, alimentem vínculos, dividam tarefas e problemas o que acaba por influenciar na qualidade, quantidade, no humor e na prestação do serviço.

O grupo foi construído para gerar experiências e disseminar a proposta, buscando de forma crítica, novos caminhos para atuar numa realidade tão complexa, desigual, e, ao mesmo tempo, fascinante porque lida com pessoas, seres humanos, com doentes que precisam não só de cuidados médicos, mas também pessoais. Por todas essas razões, os encontros fazem a diferença no cotidiano de muitos clientes e funcionários.

O GTH era somente construído por ações humanizadas. Hoje, e, com o conhecimento da PNH, e com a interação com a apoiadora, em cada reunião do grupo que acontece quinzenalmente, é feita a troca de saberes entre os participantes, quando é repassado ao grupo os conhecimentos adquiridos no curso. Destaca-se que, além de apresentar o conhecimento sobre a Humanização na Saúde, abre-se espaço para debate, e, nesse momento é feito a *roda rodar*, para melhor reflexão e discussão da PNH.

2. CONSTRUINDO

Aos poucos houve manifestações de que se faz humanização a todo o momento, em todos os setores e diariamente. Todos foram unânimes ao constatar que humanizar não é somente receber bem o paciente, como também poder oferecer um serviço de qualidade e quantidade, percebendo-o dentro do conjunto em que vive e empregando empatia e conhecimento.

Finalmente, os profissionais começam a entender que algumas práticas, até então realizadas de forma automática, poderiam ser cumpridas de modo diferenciado e com maior índice de satisfação o que acarretará melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde.

Além disso, evidencia-se que na Sociedade Portuguesa de Beneficência o encontro foi só o ponto de partida, o GTH (grupo de trabalho de humanização) contribuiu com mais participação, no entanto percebeu-se que durante o seminário e, depois dele, houve profissionais que se desinteressaram, mas compreende-se que, a princípio, nem todos vão aceitar as mudanças, porém aqueles que permaneceram realmente aderiram à proposta e comprometeram-se, criando um elo e, ao mesmo tempo, difundindo a idéia.

Nas reuniões do GTH, houve reflexão sobre o tema proposto e discussão sobre as diretrizes da PNH, enfatizando-se que a apoiadora dedicou-se a responder todas as questões, colocando em prática seus conhecimentos adquiridos no curso, pois antes havia embasamento só em ações humanizadas, que hoje continuam, mas não apenas isso.

A realização dos seminários foi uma estratégia da UP para iniciar a provocação no que se refere à discussão da PNH. Ressalta-se que essa atividade permitiu conhecer diferentes realidades e necessidades.

Constatou-se que apesar de fazer parte do cotidiano dos trabalhadores, usuários e gestores, a Política de Humanização não se efetiva de fato nas instituições de saúde, sendo que em alguns dos locais não existe sequer o GTH, que é um dispositivo da PNH. Foi inclusive colocado pelos participantes o desconhecimento da necessidade da existência do GTH. Neste ponto a idéia é a de que cada município resolva a sua maneira os seus problemas.

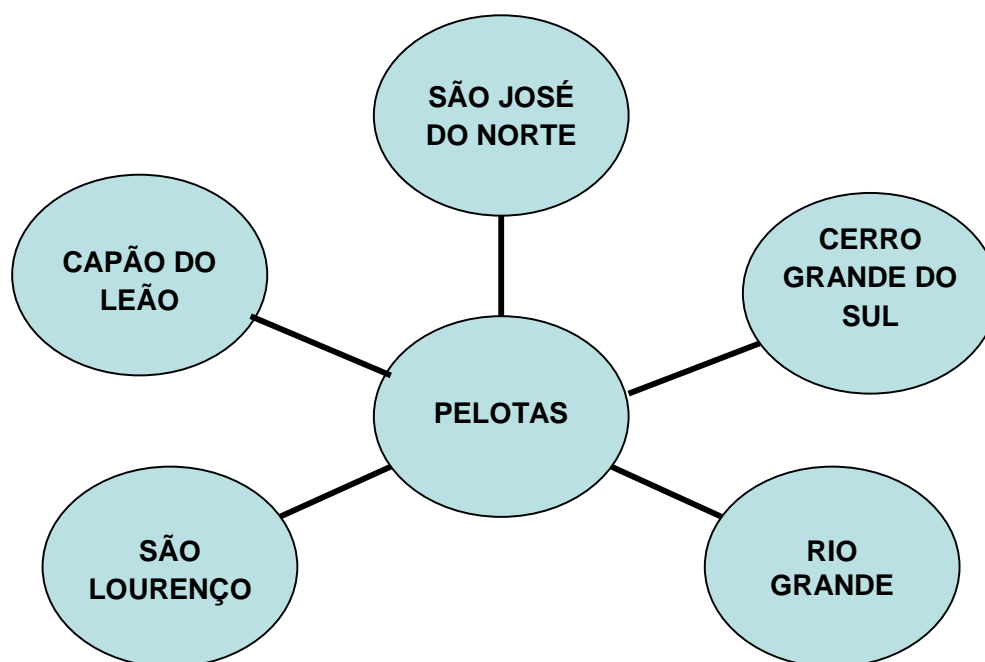
Cabe mencionar que a UP teve a oportunidade de promover a formação de idéias novas, assim como movimentos das rodas, onde os participantes manifestaram suas angústias até mesmo suas frustrações com relação à humanização em geral, desvalorização do profissional e desconhecimento da política pública e seus problemas. Nesse sentido compete às apoiadoras a responsabilidade de esclarecer aos diferentes grupos alguns aspectos da PNH e, ao mesmo tempo, afirmar que esta política tem por finalidade discutir, ou melhor, refletir o que pode ser feito para melhorar, enfatizando o que depende de cada um nas relações estabelecidas entre os diferentes atores envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores), visando à promoção da qualidade da produção da saúde para todos.

Como afirma Eduardo Passos, a função do apoiador institucional é garantir que a roda rode, pois toda *roda rodando* é a expressão de um coletivo (diferente de um agrupamento de pessoas), é uma dinâmica, é co-responsabilidade. Ao concluir parte desse trabalho, observa-se que esta estratégia de atuação da UP foi positiva, uma vez que permitiu, sobretudo, valorizar a reconstrução das redes, agora as vinculando a PNH.

3.3 REDES

Houve adesão dos municípios ao projeto de humanização da saúde, figura 01, o que representa uma parcela significativa da região e que possibilita depreender que a adesão é uma idéia que começa a tomar forma e força, principalmente nestes municípios o que já é um ponto positivo.

FIGURA 01 – CIDADES QUE ADERIRAM À PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE



FONTE: Planejamento das atividades pela coordenadora

4 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA

4.1 INTERVENÇÃO: TCHÊ HUMANIZA

Esta intervenção, *UP Tchê Humaniza*, iniciou em dezembro, com seminários objetivando apresentar a PNH nos locais dos apoiadores.

Nesse seminário abordou-se a importância da humanização na saúde, quando os participantes enfocaram os problemas mais frequentes no cotidiano deles, tais como: rotina cansativa, dupla jornada de trabalho (mais de um emprego), tensão, entre outros.

O I Seminário Municipal de Humanização buscou unificar os hospitais: SCMP - Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, HSBP - Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência e HE UFPEL/FAU - Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas cujos objetivos foram plenamente atingidos justamente pela acolhida ansiosa da nova proposta de humanização. Muitos deles apresentaram algum receio em relação à mudança, mas atribui-se esse comportamento à falta de conhecimento sobre a PNH; em alguns, houve questionamentos e posições com bastante potencial, porém permanece o sentimento de que a semente foi plantada, no entanto surge a necessidade de continuidade e persistência para que a proposta não caia no esquecimento. Nesse sentido haverá novos encontros, porque este projeto não é estanque.

A avaliação das atividades realizadas foi feita de modo seqüencial, com a participação da direção e funcionários, o que provocou satisfação tanto de usuários como do quadro funcional, mesmo com as divergências, que foram mínimas, considerando-se a grandiosidade do projeto, levando-se em conta que numa instituição nem todos saem satisfeitos. Mas no conjunto consideram-se eficientes as atividades que o GTH se propôs, lembrando que não se faz uma instituição unida sem a participação de todos os envolvidos no processo.

Algumas das ações desenvolvidas tiveram grande impacto como a reestruturação do quadro funcional, a melhoria de qualidade do serviço prestado ao SUS, as questões salariais e a implantação do programa de educação permanente. E dentre os benefícios

destas ações, citam-se a qualificação profissional, as novas práticas adotadas no atendimento, o relacionamento interpessoal e a satisfação dos trabalhadores e usuários do sistema.

Após um ano de caminhada, de vitórias e dificuldades, percebe-se que com o empenho da direção, funcionários e comunidade, os objetivos traçados estão sendo alcançados. O apoio da comunidade foi de fundamental importância, para que se efetivem melhorias nas condições de funcionamento desta instituição.

O trabalho está sendo árduo, com bastante dificuldade, mas ao mesmo tempo compensador, pois as metas estão sendo atingidas em pequenas proporções, mas são os pequenos detalhes que fazem a diferença. E ainda há grandes expectativas para os anos subsequentes.

Desse modo, os apoiadores, integrantes do GTH, acreditam que os frutos que hoje colhem são significativos, mesmo não atingindo a totalidade, esperam com o diálogo, encontrar caminhos para a resolução dos problemas que surgem no cotidiano, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e oferecer um atendimento qualificado às pessoas da comunidade.

4.1.1 Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico é uma área física do hospital, que possui uma equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo apropriado ao desempenho do processo cirúrgico, cujo objetivo é prover elementos que possibilitem o desenvolver do processo do ato terapêutico - a cirurgia - apresentando condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar as necessidades dos pacientes antes, durante e após a cirurgia.

A grande tensão existente no ato cirúrgico pode ser determinante na conduta impessoal dos profissionais dessa área, cujos clientes correm risco de morte. Esses fatores, sem dúvida, geram estresse, desgaste físico e psicológico tanto para a família do paciente como para a enfermagem. A humanização se faz necessária, com ambiente físico, com recursos materiais e tecnológicos tão imprescindíveis quanto à vida humana, assim as ações da equipe de enfermagem, sobretudo do enfermeiro e do

médico, devem incidir em posicionamentos éticos e humanos capazes de construir uma realidade mais humana, singular, caso contrário não será humanização.

1. INTERVENÇÃO

O centro cirúrgico é composto por 3 enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem. O trabalho do funcionário é dividido em escalas que se alternam em 4 plantões diferentes: das 7h às 13h; das 13h às 19h; e, à noite, no horário de 12h, no esquema de 12h de trabalho por 36h de descanso, conseqüentemente (noite, sim; noite, não) para cada turno. Com o total de 6 encontros no próprio ambiente de trabalho para facilitar a presença de todos nesses momentos tão significativos à mudança na saúde.

Para por em prática o Projeto de Humanização na Saúde, no Centro Cirúrgico, optou-se por várias reuniões com as enfermeiras para acertar o melhor horário e dias da semana para os encontros, para estabelecer os horários mais adequados e que tivesse o menor fluxo de cirurgia para obter o maior ou o número total de funcionários no grupo. Mesmo assim, houve encontros com ausência de alguns funcionários devido a algum procedimento. Constatado tal ocorrência, cuidou-se para que, no próximo encontro, esses funcionários participassem, e outros, que já participaram anteriormente, os substituíssem, se necessário.

Organizou-se um cronograma com 6 encontros para cada turno, com 1h:30min de duração. Os horários estipulados foram: no turno da noite, às 21h, em duas noites consecutivas: segunda-feira e terça-feira; e, no turno diurno, manhã: aos sábados, às 10h30min; e, à tarde, 15h30min.

Houve ainda a preocupação, num primeiro momento, de promover encontros iguais para todos os grupos como espaço de diálogo e reflexão sobre condições de trabalho e sobre a responsabilidade de cada um na sua mudança da situação. A seguir apresentaram-se dinâmicas diferentes, embora com o mesmo objetivo para alguns, cuidou-se que não fosse repassada para os colegas a fim de que, com isso, não se perdesse o foco da mesma.

Portanto, não basta mudar o espaço físico, mas essencialmente provocar uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente e seus

familiares. No caso deste estudo destaca-se que o centro cirúrgico é composto de 4 grupos, identificados aqui como grupos A, B, C e D.

Grupo A: este é o grupo da manhã, com uma jornada de trabalho das 7h às 13h, de segunda a sábado, com folgas no domingo, intercaladas com outros funcionários.

O primeiro encontro começou com um atraso de 10 minutos, pois os funcionários estavam se esquivando, e coube ao apoiador lembrar o compromisso e a importância do encontro.

Iniciou-se o encontro com a apoiadora oportunizando um momento para o conhecimento da PNH e uma das diretrizes que era a Saúde do Trabalhador. A seguir, houve um momento de diálogo para a explicação da PNH e a Saúde do Trabalhador e reflexão sobre as condições de trabalho e sobre a responsabilidade de cada um na mudança da situação de trabalho.

Neste momento, pelas respostas, percebe-se o sentimento de desvalorização do trabalhador, como pessoa e com profissional. Isto ficou evidente nas falas, tais como:

- Só o médico tem valor!
- Só eles podem ficar cansados!
- Não nos valorizam!⁶

Evidencia-se a questão de ressaltar a meta do projeto, as ações futuras, que é a valorização do trabalhador.

O segundo encontro foi suspenso devido ao agendamento de muitas cirurgias, problema este freqüente neste setor. Tal constatação faz com que se perceba a fragilidade do cumprimento do que se propõe, pois o tempo para a discussão é fundamental. Agendou-se novo encontro para o sábado seguinte.

O **Grupo B.** Grupo da tarde: desenvolvem uma rotina de trabalho das 13h às 19h, de segunda a sábado, com folga no domingo, intercalados com outros funcionários.

O primeiro encontro não houve porque foi agendado dedetização no centro cirúrgico para aquele dia. Claro que este procedimento é importante, mas funcionou como mais um obstáculo para a implantação, mostrando a grande dificuldade que é trabalhar com pessoas, porque sempre haverá limitações e contratemplos, o que exige

⁶ Fala dos profissionais da saúde, presentes no encontro.

novos agendamentos e persistência para que o projeto não seja esquecido ou relegado a um segundo plano.

O segundo encontro iniciou no horário previsto, o apoiador ofereceu um momento para o conhecimento da PNH e de uma das diretrizes a saúde que é Saúde do trabalhador, momento este de diálogo e de reflexão sobre as condições de trabalho e, concluíram que é preciso envolvimento e responsabilidade de cada um na mudança da situação de trabalho.

Este grupo também enfatizou o sentimento de desvalorização do trabalhador frente às situações cotidianas e foi proposto que seria importante trabalhar este sentimento.

- Os médicos podem não nos valorizar, mas para o paciente, eles sabem que temos muito valor.
- Somos valorizados por pacientes, por alguns médicos (pois não podemos generalizar) e por nossas chefias.
- Me sinto muito valorizado no momento de ver o paciente nos agradecendo.⁷

Grupo C. Grupo da noite: Este grupo trabalha da 19h às 7h do outro dia, jornada de 12h trabalhadas e 36h de descanso.

O primeiro encontro iniciou no horário. Como em todos os encontros abriu-se um momento para o conhecimento da PNH e uma das diretrizes, a saúde do trabalhador. No momento de diálogo e reflexão sobre as condições de trabalho e sobre a responsabilidade de cada um na mudança da situação de trabalho houve bastante questionamento e empenho. Este grupo caracterizou-se como bastante participativo e demonstrou possuir algum conhecimento sobre o tema em questão porque alguns funcionários do turno do dia haviam passado as informações o que demonstra o interesse pelo assunto e a motivação do grupo.

Concluiu-se que o grupo apresentava sinais de estresse, por carga horária muito grande, muitos com dupla jornada de trabalho, pois, a grande maioria, trabalha à noite neste e, em outro hospital, durante o dia.

⁷ Fala dos profissionais da saúde, presentes no encontro.

Apresentam como ponto positivo o sentimento de colaboração: uns ajudam aos outros quando vem de outro serviço e, quando o plantão é agitado. Este sentimento é mútuo, não existindo reclamação em relação a uns terem que executar a tarefa para o outro. Eles têm um grupo de amizade coeso e costumam se encontrar fora do local de trabalho. Observou-se também que todos participam, sem exceção.

O segundo encontro iniciou no horário, só aguardavam a chegada do apoiador. A aceitação da dinâmica de grupo para baixar o nível de estresse foi seguida e, houve participação de todos.

Após o trabalho de grupo, eles já haviam combinado, sem o apoiador saber, a sugestão, que foi aceita, de uma parada e um lanche, momento este de entrosamento que os levou a discutir sobre a PNH suas diretrizes e o GTH. A roda rodou.

Tal atitude mostrou à apoiadora a necessidade de trazer mais conteúdo sobre a PNH para o próximo encontro, por acreditar que este grupo tem bastante potencial para a implantação e disseminação da proposta.

Grupo D: Este grupo trabalha das 19h às 7h do outro dia, com a jornada de 12h trabalhada e 36h de descanso.

O primeiro encontro não começou no horário, teve um atraso de 23min: a apoiadora não foi bem recebida e teve que buscar alguns funcionários, que tentavam se esquivar, lembrando-os da importância do momento para a valorização do profissional e da participação dele no trabalho.

Foi aberto um momento para a apresentação da PNH e uma das diretrizes, a saúde do trabalhador. A seguir, houve um momento de diálogo e reflexão sobre as condições de trabalho e sobre a responsabilidade de cada um na mudança da situação do trabalho. No entanto, percebeu-se que não havia vontade de realmente colaborar para a mudança. Atribui-se a isso, a descrença nos projetos, a falta de estímulos e de valorização do profissional da saúde, e, ainda as dificuldades enfrentadas por eles no cotidiano.

Enfatiza-se, portanto, que este grupo não foi nada participativo e não demonstrou interesse. Foi necessário esforço para manter o grupo até o final o que sugere a necessidade de se aplicar novas técnicas a fim de motivá-los e inseri-los no projeto.

O segundo encontro não houve. O apoiador foi comunicado ao chegar que naquele dia não poderia haver grupo, pois estavam com muito trabalho. Tal fato demonstra que, desde os primeiros encontros houve rejeição à proposta e que o sentimento de desvalorização destes profissionais, acrescentado ao alto nível de estresse podem ser os mais adequados, em relação às mudanças, pelo alto nível de estresse, de se criarem medidas concretas para transformar essa realidade de forma a corrigir os problemas por eles enfrentados: de estresse, desvalorização e muita pressão. Portanto, é onde mais necessita a aplicação do projeto de humanização na saúde.

Observa-se ainda que alguns encontros sofreram alterações no calendário, devido às cirurgias realizadas, principalmente no sábado, porque dificulta a formação do grupo, e, conseqüentemente, bloqueia o trabalho. Todo esse transtorno apresentou-se como fator negativo porque houve um espaçamento maior entre um encontro e outro. Isso fez com que dificultasse o rendimento e aproveitamento, exigindo, a cada novo encontro, que se fizesse um aquecimento a fim de ligar este com o grupo anterior.

Como aspecto negativo também se apresenta o deslocamento de alguns funcionários no momento do grupo, dificultando o início, e, não raro, interferindo no andamento do encontro, sendo necessário adaptar a atividade à saída de algum funcionário. Os encontros realizaram-se no próprio centro cirúrgico para não afastar os funcionários do local, já que a cada momento poderiam ser chamado para urgência.

Assim, esses contratemplos acarretaram alguns problemas que determinaram continuar com a intervenção no centro cirúrgico, exigindo, inclusive que fossem remarcados os novos encontros para o mês de junho, no setor que é a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), que está como prioridade para próxima intervenção.

Como aspecto positivo na intervenção que está em andamento, destaca-se o debate proporcionado, a reflexão e o conhecimento de si mesmo e dos sentimentos e dificuldades de cada um, o estreitamento das relações, os objetivos em comum e a cooperação entre os sujeitos.

Ressalta-se ainda que o acolhimento da intervenção, pelos grupos, foi variado, pois são 4 grupos diferentes, cada um com suas particularidades, dificuldades, anseios, e, portanto, atores diferentes. Observou-se que a cada encontro havia uma acolhida

diferente: em alguns grupos a aceitação foi crescendo; noutro, desde o primeiro momento, houve boa receptividade; e, houve grupos em que as propostas eram feitas por falta de opção, arrastavam-se no cumprimento da atividade.

Portanto, destaca-se que qualquer mudança no social e ou no profissional vem de encontro às necessidades, desejos e aspirações dos sujeitos envolvidos. Nem todos aceitam bem o novo, muitos até receiam e sentem-se inseguros quanto às mudanças propostas. Somente o tempo e a insistência na continuidade da proposta de humanização farão a diferença, desde que esses sujeitos disponham-se a mobilizar-se e incorporar na sua rotina essa nova proposta, concretizando-a definitivamente.

Baseando-se na metodologia da Psicodinâmica construíram-se métodos de valorização, objetivando diminuir o nível de estresse deste profissional, como aspecto importante na saúde do trabalhador, e permanece o desejo de continuidade da dinâmica.

4.2 AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE ATRAVÉS DOS SEMINÁRIOS

Os seminários aconteceram conforme previsto, em alguns municípios houve maior aceitação, mas, no geral, pode-se dizer que os encontros proporcionaram, além de reflexões sobre a saúde do trabalhador, situações de questionamentos e de reconhecimento das dificuldades enfrentadas na área da saúde, assim como dos entraves para a implementação de novas propostas nessa área. No entanto todos foram unânimes em reconhecer que se fazem necessárias mudanças rápidas, eficazes e interativas, capazes de transformar o cotidiano de trabalhadores em saúde, de pacientes e usuários que enfrentam uma série de problemas que dificultam a vida de cada um e torna impessoal e desumana essa relação. Assim passa-se a relatar cada uma dessas experiências.

O *1 Seminário Municipal da Política de Humanização de Capão do Leão* desenvolveu-se muito bem, com uma acolhida muito boa além de contar com participação bastante expressiva e debates acalorados, demonstrando o grande interesse em encontrar soluções aplicáveis e pertinentes à questão estudada.

O I Seminário Municipal de Humanização dos hospitais: Sociedade Portuguesa de Beneficência, HE UFPEL/FAU - Hospital Escola e Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, realizou-se a contento, com bom acolhimento e com uma participação bastante significativa, com debates acalorados e perguntas pertinentes. O debate tomou forma quando os profissionais da saúde inteiraram-se do fato de que o sistema de saúde funciona de forma impessoal e desumana, tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Isto pode ser considerado como um significativo avanço na questão da humanização visto que estes servidores, a partir de então, vão refletir mais a sua prática, irão questionar mais e, com certeza buscar respostas para seus problemas cotidianos.

O I Seminário Municipal de Humanização da Saúde em São Jose do Norte, com o objetivo de discutir o Acolhimento – Diretriz da Política Nacional de Humanização, caracterizou-se pela disponibilidade e acolhida. O encontro foi satisfatório visto que houve uma ótima aceitação, com a presença de um público bastante participativo, com um movimento de roda bem agitado e com muita motivação para a mudança.

O I Seminário Municipal de Humanização da Saúde, do Município de Cerro Grande do Sul/RS, teve ótimo acolhimento e a participação foi bastante significativa, com debates acalorados e perguntas pertinentes. O debate tomou forma quando os profissionais da saúde inteiraram-se do fato de que o sistema de saúde funciona de forma impessoal e desumana, tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Isto pode ser considerado como um significativo avanço na questão da humanização visto que estes servidores, a partir de então, vão refletir mais a sua prática, irão questionar mais e, com certeza buscar respostas para seus problemas cotidianos.

O Seminário Humaniza HU permitiu discutir as diretrizes da Política Nacional de Humanização, em Rio Grande, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Evidentemente, esta abertura para questionamentos e conhecimento sobre o trabalhador e a saúde vem somar forças com outras questões relacionadas ao trabalhador, com o diferencial de que visa à qualidade de trabalho e, com isso, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do funcionário e melhor desempenho e rendimento em sua função.

O *I Seminário Municipal de Humanização em Saúde*, em São Lourenço dos Sul, não foi muito diferente dos anteriores: o desconhecimento do PNH, as dúvidas quanto à colocação do plano na prática cotidiana, o envolvimento de muitas pessoas e profissionais, a questão de profissionais da saúde trabalharem em mais de um lugar, porém, todos foram unânimes em afirmar que algo deve ser feito imediatamente para minimizar os problemas na saúde e nada melhor do que iniciar nas bases.

A partir dessas considerações pode-se dizer que a proposta foi inserida, nesses municípios, com a certeza de que algumas dessas ações não se realizarão, mas aquelas que germinarem, terão a função de transformar a realidade, considerando-se o fato de que o próprio questionar a prática social em si mesma pode ser considerada como positiva e transformadora.

CONCLUSÃO

O presente estudo discorreu sobre a inclusão do apoiador institucional na Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, examinando a questão da saúde do trabalhador, sua valorização e melhoria de qualidade de vida, corroborando com a proposta a que se dispõe esta análise que é a humanização da saúde no referido município e nos municípios vizinhos.

A PNH e o seu processo de implantação atuam para que os serviços de saúde possam se tornar espaços de excelência na construção de relações de cuidado, respeito, competência de todos envolvidos em uma dinâmica complexa e humana.

O atendimento humanizado é uma realidade que aos poucos está tomando conta das instituições de saúde. Começou devagar e hoje é de fundamental importância, observando-se as sábias palavras de São Francisco de Assis quando diz: "comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e, de repente, você estará fazendo o impossível".

Desse modo esse movimento notável e necessário, está voltado, neste momento da realidade em que cada vez mais é urgente a comunicação, para as ações humanas e suas conseqüências, considerando-se que a comunicação é a primeira ação de humanização. Sem uma boa comunicação não existe humanização. A humanização, portanto, depende da capacidade de se falar e ouvir, pois só pode ocorrer mudanças quando há diálogo.

Compreende-se, portanto, que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de

ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico.

A escolha pelo centro cirúrgico, como primeiro setor a ser inserido no projeto, foi acertada por ser um dos ambientes mais complexos do hospital, pois concentra os recursos humanos e materiais necessários ao ato cirúrgico e, freqüentemente, as suas atividades são desenvolvidas em um clima de tensão, pela existência de procedimento estressante gerados de ansiedade, quer pela gravidade dos pacientes, quer pela complexidade dos atos anestésico e cirúrgico: paciente, não raras vezes, se encontra em situação eminente de morte. Esses fatores, sem dúvida, geram estresse, desgaste físico e psicológico tanto para a família do paciente como para o funcionário, o que reduz as interações.

O trabalho no centro cirúrgico faz parte do trabalho em saúde e tem como característica o trabalho coletivo, realizado por vários profissionais como os cirurgiões, anestesistas, técnicos de raios-X e de laboratório, equipe de enfermagem, serviços gerais e do material, todos ocupando o mesmo espaço, mas com uma divisão técnica de trabalho onde cada um exerce uma determinada tarefa.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui algumas características próprias, que diferencia do Centro Cirúrgico, mas com a semelhança de todo o lado emocional e estressante. A convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto do sujeito hospitalizado quanto familiares e trabalhadores de saúde; as rotinas, muitas vezes rígidas; e a rapidez de atendimento.

O trabalho hospitalar vem sendo motivo de preocupação devido aos riscos que o ambiente oferece e aos aspectos penosos e das atividades desenvolvidas e, com isso, o próprio adoecimento do trabalhador que é preocupante. Desse modo, encontrar ações capazes de minimizar esses problemas e resgatar não apenas a saúde do trabalhador como também dar-lhe qualidade vida e de trabalho.

Além disso, a questão da desumanização na saúde trás conseqüências graves a todos. Nada mais humano do que criar estratégias que beneficiem ao trabalhador em saúde e, evidentemente, traga solução aos inúmeros problemas dos usuários e pacientes que necessitam de atendimento personalizado, humano e, portanto, singular.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 7 n. 4 São Paulo, 2002.

BENEVIDES de Barros; PASSOS, R.. *É a Humanização na Saúde: um novo modismo?* Botucatu- São Paulo, 2005.

BRASIL. *Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)*. O SUS de A a Z. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br>> acessado em 13.06.2008a.

____. Ministério da Saúde - Esplanada dos Ministérios. Bloco G - Brasília / DF. *Do Sanitarismo à Municipalização*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acessado em 22.04.2009.

____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 6.07. 2006.

____. SUS: *A saúde do tamanho do Brasil*. Disponível em <<http://www.sus20anos.com.br>> Acessado em 02.05.2008b.

____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 6.07. 2008c.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. 2. ed. revista e modificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

____. *LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: a participação do usuário na gestão do serviço*. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm - 10k > Acessado em 11.08.2008.

____. *LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS*. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm - 81k - > Acessado em 11.08.2008.

____. *PORTARIA n.º 399, de 22 de Fevereiro de 2006*. Disponível em <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_399.doc > Acessado em 04.07.2008.

CAMPOS G. W. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunicação, saúde e educação*. V. 9. Agosto de 2005. Disponível em <www.Cielo.br> Acessado em 03.04.2008.

CANCIAN, Renato. *Governo Rodrigues Alves (1902-1906). Revolta da vacina e Acre*. Disponível em <educacao.uol.com.br/historia-brasil> Acessado em 03.07.2008.

BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues. *Deputados ressaltam a importância do SUS, 2008*. Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com> Acessado em 11.08.2008.

GUARESCHI, Neuza; COMUNELLO, Luciele Nardi; NARDINI, Milena; HOENISCH, Júlio César. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: *Violência, gênero e Políticas Públicas*. Orgs: Strey, Marlene N.; Azambuja, Mariana P. Ruwer; Jaeger, Fernanda Pires. Porto Alegre EDIPUCRS, 2004.

GUIRLANDA, Michèlle de Toledo. Conferências de saúde: a consciência de nossa importância dentro do SUS. *Revista eletrônica mensal*. Nº 21, 2003.

HISTÓRICO DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO, NO BRASIL E NO MUNDO. 2003. Disponível em: <<http://www.coter.eb.mil.br/>> Acessado em 22.04.2009.

INDRIUNAS, Luis. *História da saúde pública no Brasil*. Disponível em <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acessado em 10.05.2008.

KUNKEL. MENDES SOBRINHO, Leila; LIMA, Thiago Firmino de. *O papel da educação na humanização do sistema de saúde*. 2008. Disponível em <WWW.portaleducacao.com.br/ar...> Acessado em 10.07.2008.

LACAZ, Francisco. *O SUS deve efetivamente incorporar o atendimento à saúde do trabalhador*. Disponível em <http://www.diesat.org.br/artigos_pdf/8.pdf> Acessado em 21.06.2008.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. *Metodologia Científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MINAYO, M. C. S., 1992. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco.

OLIVEIRA, S. G. *Proteção jurídica a saúde do trabalhador*. São Paulo: LTR, 2002.

ORLANDINI, Ricardo. *Direito previdenciário: editada a Lei Elói Chaves, que é considerada o ponto de partida da Previdência Social Brasileira*. Disponível em <<http://www.ricardoorlandini.net/content/DetalheConteudo2.asp?>> Acessado em 21.06.2008.

PIMENTA, Aparecida Linhares. *A História do CONASEMS, 1988*. Disponível em <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações> Acessado em 10.11.2008.

RIGHI, Liane Beatriz. *Metas do milênio*. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

RONCALLI A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

ROCHA, M. & AGUIAR, K. *Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises*. [Versão eletrônica]. Psicologia, Ciência e Profissão, 2003.

SALAZAR, Fernanda Maria Gundes. *Evolução da Legislação Previdenciária*. Disponível em <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=405> Acessado em 11.07.2008.

SILVA, José Agenor Álvares da (Ministro de Estado da Saúde); MOREIRA, Gilberto Gil (Ministro de Estado da Cultura). *Portaria Interministerial Nº 2.872, de 13 de novembro de 2005*. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao>> Acessado em 13.08.2008.

ANEXOS

