
**HUMANIZAÇÃO–QUALIDADE DE TRABALHO DOS
SERVIDORES LABORATORIAIS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
GRANDE DOURADOS - UFGD
HUMANIZATIONQUALITY WORK OF SERVERS LABORAT
ORY OF THE ACADEMIC HOSPITAL OF FEDERAL
UNIVERSITY OF GRANDE DOURADOS – UFGD**

ADRIANA CRISTINA DE ARAUJO FIGUEIREDO¹
CARLA JANICE COELHO²

RESUMO: A humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade. O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação. O trabalho objetiva explicitar como se desencadeia um processo de humanização, numa instituição hospitalar junto aos funcionários do setor laboratorial, centrado, inicialmente, no trabalhador, mediante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados–UFGD, no período de novembro e dezembro de 2012.

¹Bacharel em Biomedicina. Discente do Programa de Pós-Graduação em Análises Clínicas com ênfase em Toxicologia e Forense da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS - adrianafigueiredo_biomed@yahoo.com.br

²Bacharel em Engenharia Agrônômica. Esp. em Metodologia do Ensino Superior. Docente em Metodologia Científica da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS

Os resultados mostram que os profissionais concluíram que é possível contribuir com o processo de humanização, construindo, no coletivo, um ambiente favorável para o trabalho e que todos têm potencial para essa construção. É possível compreender que a humanização é uma nova visão de atendimento ao paciente/usuário/colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

Palavras-chave: Humanização, saúde, ambiente hospitalar.

ABSTRACT: The humanization of hospital ambient and health care can't be achieved if the focus is only on external motivational factors or just on the user. The humanized hospital is the one that contemplates in its physical, technological, human and administrative, the valuation and respect for human dignity, whether patient, family or the professional himself, ensuring conditions for a quality service. The health professional, when reflect on the conditions and labor relations and how to act, may enter into the reality of a more critical and conscious way. Problematize e concretize the humanization of the ambient, more specifically fro the worker, implies a critical reflection and dialogue about the principles and values that guide the practice of professionals in order to assume their status as subjects and agents of transformation. This work aims to explain how it triggers a process of humanization in a hospital with the employees of the laboratory seccion, focus nitially on the worker, through the collective problematization of working conditions and the construction of dialogical relations, horizontal and reflective, with the taking conscience and the modification of itself, the team, considering their humanization and the humanization of the ambient around them. The research was developed at the Academic Hospital of Federal University of Grande Dourados-UFGD, between November and December 2012. The results show that professionals have concluded that it could contribute to the process of humanization, building, collectively, a favorable ambient for work and that all have the potential for this building. Is possible to understand that humanization is a new vision of the treatment of the patient / user / developer / manager, allowing a better quality job.

Key-words: humanization, health, hospital environment.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde

entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão. Assim, essa tarefa nos convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Atualmente, há inúmeros movimentos pela humanização da assistência à saúde com intuito de resgatar valores afetivos e sociais. Desde a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na construção de um país mais justo legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor e demais formas de discriminação. As diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não representam mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde.

Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS.

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

A proposta de humanização da atenção à saúde configura-se como uma das estratégias para responder efetivamente as complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Produzir conhecimentos acerca da humanização nas instituições de saúde pressupõe, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção.

Tendo como pressuposto que a humanização da assistência emergirá com a realização pessoal e profissional dos que a fazem, desenvolver um processo de humanização, inicialmente com ênfase no

trabalhador, demanda, principalmente, por parte dos dirigentes, acolhimento, escuta e uma atitude de sensibilidade, para compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador, seja ela favorável ou não. É preciso, assim, estimular o trabalhador a participar ativamente do processo de construção de uma proposta de humanização, ou seja, é preciso auxiliá-lo a tomar consciência da realidade, do seu estado existencial e de sua própria capacidade para transformá-la.

O trabalho objetiva explicitar como se desencadeia um processo de humanização, numa instituição hospitalar junto aos funcionários do setor laboratorial, centrado, inicialmente, no trabalhador, mediante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Backes (1999), a organização do trabalho “pode ser vista como uma forma de maximizar as potencialidades humanas, tornando produtivos os recursos humanos, em fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas potencialidades e conhecimentos individuais”.

Desse modo, consideramos que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

Os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, podem inserir-se de maneira crítica e consciente, na realidade. Problematizar a temática da humanização, mais especificamente num espaço relacional, implica uma reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação. Daí o entendimento deste processo como necessariamente interdisciplinar, pois suas práticas, decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, são entendidas “como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma

tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

O termo humanização vem da época hipocrática. A medicina proposta por Hipócrates era fundamentada na idéia de que o médico deveria ser conhecedor da alma humana e da cultura na qual o mesmo se inseria. A cura era um processo que envolvia vários aspectos: biológico, cultural e psicológico e o objetivo maior da medicina era o cuidado integral do paciente.

Quando falamos em humanização hospitalar, faz-se necessário falar nas esferas envolvidas em tal questão: o hospital, a equipe de profissionais e o próprio paciente. Para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, essa questão envolve, fundamentalmente, o trabalho de um conjunto de profissionais, uma equipe multidisciplinar contemplando uma variedade de enfoques no atendimento ao cliente, o que seria impossível apenas com o recurso da visão focal do especialista (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No que se refere à esfera que envolve o paciente em si, é de fundamental importância considerar que cada pessoa possui uma história, uma individualidade. Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS.

A saúde engendra diversas lutas e disputas. Como direito, a saúde atende as necessidades sociais possuindo valor de uso e, ao mesmo tempo, também se transforma num produto no mundo atual. Vivemos um momento histórico em que os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços. Na sociedade de mercado, os princípios do SUS são constantemente atravessados por essas forças que reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível.

Nos últimos anos a temática da humanização tem conquistado espaço dentro do debate acadêmico da Saúde Coletiva, recebendo destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um dos caminhos para as necessárias transformações do SUS. Como a humanização se

insere nessas discussões? O que pode a humanização frente a tantos desafios?

Comumente, a humanização é compreendida, divulgada e ainda reduzida a ‘um pouco de carinho’, uma atitude de amor ao próximo, ao sentimento de compaixão e bondade daqueles que se dispõem a estar com o outro e assisti-lo nos momentos mais difíceis.

A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SUS ALGUMAS DELIMITAÇÕES DA TEMÁTICA

A temática da humanização na saúde tem conquistado espaço no debate acadêmico da Saúde Coletiva brasileira nos últimos anos e também tem recebido destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um caminho para as necessárias transformações para o fortalecimento do SUS. Sendo assim, fazemos alguns questionamentos: o que significa humanizar as práticas e um sistema de saúde? Como e por que essa preocupação ganha visibilidade? Quais os conceitos de humano e de humanização que perpassam a política pública? Em um mundo neoliberal, a saúde é um direito ou uma mercadoria?

O humano então não pode ser limitado ao fator biológico nem à propriedade da razão, pois no emaranhado de determinações que o constituem há sentimentos, valores, interesses, desejos e etc., muitos dos quais não são sociais e legalmente aceitos. Há raiva, inveja, dor, doença, morte, sofrimento, competição, uso e abuso de poder, arbitrariedades, subjetividades envolvidas, violência, intolerância, exploração, maldade e tantas outras coisas mais que compõem também os atributos humanos. Portanto, “somos humanos, demasiado humanos, nunca seremos somente bons” (ONOCKO CAMPOS, 2004), então, não será de uma humanidade idealizada que parte as discussões do tema aqui proposto.

AÇÕES OFICIAIS EM PROL DA HUMANIZAÇÃO

Um dos fatores imprescindíveis para a humanização das práticas em saúde é o respeito aos direitos individuais e coletivos. Citamos alguns avanços na legislação brasileira como a Constituição Cidadã, de 1988, que atribui ao Estado a capacidade de garantir o direito à vida enfatizando uma concepção ampliada de saúde e que não se limita mais à ausência de doenças num corpo biológico. Outro progresso foi a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 1990, que garante em seus princípios a preservação da autonomia na defesa da integridade física e moral, igualdade da assistência sem preconceitos, discriminação ou privilégios e também o direito à informação. Servem como marco ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e também iniciativas como a Cartilha dos Direitos

dos Pacientes, que foi publicada pelo Estado de São Paulo, já em 1995, a partir de estudos como pacientes crônicos, como nos aponta Fortes (2004) que formam um marco referencial da temática.

O Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, realizou uma série de iniciativas⁶ para incluir efetivamente a temática da humanização em seus debates e ações programáticas, como relataremos a seguir.

Em virtude da desvalorização dos aspectos sociais e subjetivos na assistência hospitalar e das muitas dificuldades resultantes disso, este órgão convidou profissionais da Saúde Mental para promover ações que visavam humanizar dez hospitais-pilotos em diferentes regiões do país, o que resultou posteriormente na elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 1999.

O Documento oficial do PNHAH (BRASIL, 2000) apresentou um diagnóstico que apontava a insatisfação dos usuários referente à assistência, sobretudo, no que diz respeito ao modo de se relacionar com o profissional de saúde, à incapacidade de compreensão de suas demandas, às necessidades e expectativas, e não à falta de equipamentos, médicos, medicamentos e etc. O Programa destacava também a humanização como oposição a qualquer forma de violência e a necessária superação da dicotomia entre tecnologia e “fator humano” (idem), priorizando, assim, uma melhora nas relações entre profissionais, usuários, instituição e comunidade.

O então Ministro da Saúde, José Serra, no texto de abertura do PNHAH, ressalta que (...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a 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 (BRASIL, 2000).

O Documento do PNHAH enfatiza o “fator humano” como aspecto estratégico para o processo de mudança nas instituições hospitalares. Deslandes (2004), ao analisar o discurso oficial sobre a humanização, aponta a necessidade de maior reflexão sobre a suposta dicotomia tecnologia e fator humano. Além do PNHAH, citamos outras ações oficiais realizadas. Em 1999 foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Este é um instrumento de gestão que visa avaliar a assistência oferecida aos usuários do SUS levando em conta a efetividade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, melhorando assim a qualidade e a resolubilidade dos mesmos. No mesmo período, a Ouvidoria Geral do SUS inicia o envio de

documento, conhecido por “Carta SUS”, para que os usuários avaliassem a qualidade dos serviços utilizados. Esse sistema de avaliação, apesar das muitas críticas e limitações, é “considerado a única fonte de dados históricos de satisfação dos usuários do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2005b).

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - HUMANIZASUS COMO DESVIO APOSTAS E PROPOSTAS

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão– HumanizaSUS foi criada no ano de 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS. A Política realizou, em 2004, o 1º Seminário Nacional de Humanização, em Brasília, com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”. Desde então, são através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde pelos trabalhadores, usuários e gestores por todo o país que a PNH (Política Nacional de Humanização) se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas em saúde.

A partir do “SUS que dá certo”, a humanização ascendeu à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido político. A Política foi criada sem portarias, com o intuito de ser transversal, de estar presente no interior destas e das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de humanização são determinados pelas características locais de cada realidade, não podendo ser generalizáveis.

A PNH é composta pelo Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; 2008) e pelas Cartilhas temáticas que representam um marco teórico orientador da Política, sistematizando as marcas, estratégias gerais e diretrizes. No Documento Base, a humanização é delineada como “(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004), propondo “(...) mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde” na busca por efetivar o SUS.

Os princípios norteadores da PNH, no primeiro momento, eram formados pela valorização dos aspectos sociais, subjetivos, culturais e coletivos nas práticas de atenção e gestão; a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos, tornando assim os processos de produção de saúde inseparáveis da produção de sujeitos e não de assujeitamentos; o estabelecimento de vínculos solidários visando a

contrapor com as relações marcadas pela frieza e impessoalidade que comumente são estabelecidas entre profissionais e usuários; a participação coletiva nos processos de atenção, de gestão, no controle social e no trabalho, promovendo relações mais horizontalizadas e democráticas (BRASIL, 2004).

Já na versão de 2008, o Documento Base sintetiza os valores apresentados acima em três princípios norteadores: transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis. Além do Documento Base, as cartilhas temáticas merecem destaque, visto que indicam os possíveis caminhos pelos quais a humanização pode ser concretizada no cotidiano dos serviços de saúde e buscam contribuir para a qualificação do trabalhador e do gestor, tornando-os multiplicadores das “tecnologias de humanização” (BRASIL, 2004).

As cartilhas foram lançadas de modo progressivo desde 2004. Num primeiro momento, estavam denominadas como: Gestão Participativa e Cogestão; Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Ambiência; Trabalho e Rede de Saúde – Valorização dos Trabalhadores da Saúde; Gestão e Formação no Processo de Trabalho; e Grupo de Trabalho de Humanização; e Visita Aberta e Direito ao Acompanhante.

Já na edição de 2009, as cartilhas ganharam uma nova configuração e foram alteradas para: Redes de Produção de Saúde; Trabalho e Redes de Saúde; Clínica Ampliada e Compartilhada; O HumanizaSUS na Atenção Básica; Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência; Gestão Participativa e co-gestão; e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.

Deste modo, através dos documentos oficiais da PNH, podemos visualizar as mudanças, as transformações e o amadurecimento da proposta desde seu lançamento, em 2003. A Política é considerada como uma “obra aberta” HECKERT et al., (2009); Passos e Pasche, (2008), que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências de trabalho nos serviços e das inovações no campo da Saúde Coletiva, e fazendo jus ao método como modo de caminhar pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

São três dimensões inseparáveis que compõem essa Política: ética—um novo posicionamento dos diversos sujeitos; estética – que prima pela criação e produção de modos de subjetivação, de saúde, de modos de levar a vida; e a política – um processo que é necessariamente social, coletivo, público, das relações entre os sujeitos e que é de todos nós.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde são úteis para a nossa tarefa de dialogar com a PNH. No Glossário HumanizaSUS a autonomia está delimitada em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (BRASIL, 2004).

E o verbete protagonismo reafirma a “idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” (BRASIL, 2004). Trata-se aqui de uma concepção ativa de sujeito, seja usuário, trabalhador ou gestor, que independe da posição ocupada numa determinada relação está, de modo concomitante, construindo a si mesmo e ao mundo. Os valores de autonomia e o protagonismo dão destaque não às normas exteriores às quais o sujeito deve se submeter, mas, pelo contrário, ao processo incessante e coletivo de construção dessas normas.

A produção de saúde aqui não se restringe a mera prescrição de medicamentos, restrições alimentares e atividade física, ainda que isso seja essencial num determinado momento, e sim enfatiza a negociação constante dos modos de produzir a vida entre sujeitos, que são corresponsáveis por esse processo. É através do vínculo e da corresponsabilização pelo cuidado que há o compartilhamento do saber e do poder, e o exercício na busca por alcançar graus maiores de autonomia.

A Política toma como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática do trabalhador. Visa então a contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Podemos localizar as dimensões micro e macropolítica e a transversalidade da PNH nos modos de produzir saúde (desde as rotinas no cotidiano de trabalho às mais altas esferas da gestão), na formação (fazendo interface com a Política de Educação Permanente e buscando o aumento da capacidade de análise e intervenção de todos nós), na produção de sujeitos em relação (autônomos e protagonistas de suas

histórias e não de assujeitamentos e individualismos), nos processos de trabalho (resgatando a dimensão das tecnologias-leves e o trabalho vivo, que são inter, multidisciplinar e coletivo), nas Redes (desde melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e para além deles, até a potência humana de produzir redes de cuidado) e também na relação com as demais políticas públicas de saúde.

HUMANIZAÇÃO E TRABALHADOR

As organizações hospitalares são sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental.

O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação.

Logo, os profissionais de saúde, para estabelecerem um contato efetivo com os usuários, necessitam dispor de condições básicas tanto materiais como humanas para desenvolver as suas atividades, de forma digna e justa. Portanto, desencadear um processo participativo para a produção de conhecimentos, em um determinado foco, supõe um jogo tático por parte do educador/coordenador com os trabalhadores e não sobre eles e a substituição de uma maneira mais ingênua de conhecer a realidade por outra mais crítica de interligar os serviços. Produzir conhecimentos acerca da humanização nas instituições de saúde pressupõe, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção.

Assim, o trabalho objetiva explicitar como se desencadeou um processo de humanização, numa instituição hospitalar, centrado, inicialmente, no trabalhador, e diante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si.

METODOLOGIA

O estudo, de natureza descritiva e exploratória, foi realizado com utilização da abordagem qualitativa para o tratamento dos dados. O mesmo foi realizado durante os meses de novembro e dezembro de 2012 no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Grande Dourados–UFGD da cidade de Dourados-MS, composta com quadro de pessoal formado por 17 bioquímicos, 02 biomédicos, 20 técnicos, 10 auxiliares, 07 técnicos administrativos.

Os dados coletados foram analisados à partir do agrupamento das idéias, elementos e manifestações ao redor de uma temática capaz de estabelecer uma classificação, obtendo-se duas categorias: humanização do processo de trabalho e lacunas da humanização do processo de trabalho.

O estudo seguiu os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Da Grande Dourados - UFGD, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas em encontros individuais no próprio local do estudo, utilizando-se um roteiro estruturado sendo feita pela autora da pesquisa.

Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como estratégia para a elaboração da pesquisa, a partir da aplicação de questionário do tipo estruturado, a qual busca produzir uma opinião coletiva, pela agregação, num discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, dos conteúdos de depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes ou complementares, constituindo um discurso síntese, tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e expressões-chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. Desta maneira, o DSC constitui numa técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo.

De acordo com Lefèvre, é possível entender como uma das possíveis contribuições práticas do DSC a de treinar a escuta, pelo especialista

portador do conhecimento instituído, do mundo empírico como um outro, com o qual ele deve interagir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizada uma abordagem do perfil dos 56 profissionais do estudo, retratando suas principais características sócio-demográficas. Em relação ao sexo, constata-se que dos 56 profissionais que participaram do estudo, 43 (76,78%) são do sexo feminino e 13 (23,22%) do masculino. Quanto à faixa etária, variou de 20 a 62 anos, havendo predominância de 54 profissionais (96,42%) na faixa etária de 22 a 45 anos, seguidos de 45 a 62 anos, com 02 pessoas (3,58%). Isto já era esperado, tendo em vista que, como se trata de um hospital universitário, comumente a admissão profissional se dá por concurso público. A grande maioria dos profissionais já concluíram o curso superior 54 (96,42%), 10 já realizaram pós graduação (17,85%), mestrado 08 (14,28%) e doutorado 02 (3,58%). Como se trata de um hospital Universitário, a principal forma de admissão do funcionário é por concurso público (estatutário), encontrando-se nesta categoria 41 (73,2%) profissionais. Há também contratos de terceirizados e contratos pela Fundação Municipal de Saúde 15 (26,8%) profissionais antigos são contratados pelo Código de Legislação Trabalhista (CLT).

A humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; é a administração dos ressentimentos. Entendida, ainda, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a equipe passa a cuidar o cliente com respeito e dignidade.

Quando perguntamos o que se entendia por humanização e qual seria o objetivo principal de atuação da equipe de humanização em relação aos profissionais todos os entrevistados foram unânimes:

“Humanizar é ter igualdade, valorização e respeito...”

“É tornar a equipe mais unida...”

“É ter interação entre os colegas...”

“Não há atuação da equipe de humanização no setor....”

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.

Os profissionais sugeriram realização de treinamentos para melhorar a qualidade do serviço e interação entre eles, tornando um ambiente mais agradável. Expostas a seguir:

“Primeiramente deve-se esclarecer o que é humanização, por meio de palestras, informativos, etc.”

“Fazer pelo menos uma vez por mês reuniões, não só com os chefes, mas com os funcionários de todas as áreas que levantam este hospital, indiretamente. Para expor suas dificuldades de trabalho, dar sugestões para melhor funcionamento, e debater objetivos em comum para uma convivência saudável.”

“Treinar os profissionais com o objetivo de humanizar e proporcionar a interação de todos por meio de eventos dentro do próprio ambiente hospitalar, ou até mesmo fora ...”

Os profissionais concluíram que é possível contribuir com o processo de humanização, construindo, no coletivo, um ambiente favorável para o trabalho e que todos têm potencial para essa construção. Portanto, a humanização não deve ser de um grupo, mas de todos os envolvidos no trabalho e, para isso, urge despertar e sensibilizar o lado humano dos trabalhadores. A Educação Continuada é um processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível compreender que a humanização é uma nova visão de atendimento ao paciente/usuário/colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

O estudo facilitou a compreensão da insatisfação profissional no serviço, possibilitando a atuação sobre os pontos negativos apresentados e a intensificação dos pontos positivos. O conhecimento dessa realidade pode contribuir com inovações a fim de assegurar condições ao profissional, de ocupar seu espaço imprescindível na assistência humanizada no ambiente hospitalar.

Os hospitais devem formar comissões de humanização e grupos de trabalho para humanização hospitalar, com focos nos funcionários, usuários e acompanhantes, melhorando a satisfação dos profissionais e possibilitando um atendimento de qualidade aos usuários. Entretanto, este programa depende, também, da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo-se seu caráter processual.

A análise da humanização, permite perceber facilmente os pontos de contato entre a necessidade imperiosa de ser respeitada ininterruptamente a dignidade de todas as pessoas, incluindo-se os trabalhadores, dos quais sempre é exigido alto grau de produtividade sem que, em contrapartida, se dispense a eles um tratamento adequado. É preciso lembrar que uma das maiores exigências sociais na atualidade, no campo dos negócios públicos e privados, é a vivência irrestrita de valores não hedonistas, voltados para o bem estar da coletividade e que têm o ser humano como a maior e incalculável riqueza de uma sociedade. As implicações daí decorrentes devem ser profundas na escala de valores individuais, organizacionais e sociais, de sorte que a cidadania no âmbito das organizações não seja vilipendiada, mas preservada, estimulada e promovida.

REFERÊNCIAS

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2001.

_____. Cartilha da PNH: **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2004b.

_____. Cartilha da PNH: **Ambiência**. Brasília, 2008b.

_____. Cartilha da PNH: **Trabalho e Rede de Saúde valorização dos trabalhadores**. Brasília, 2006b.

_____. **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde**. Vol. 2 – Brasília: FIOCRUZ, 2006.

_____. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acesso em 10/06/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004 e 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Relatório de Gestão**. Brasília, 2005b. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_secre-taria_executiva.pdf. Acesso em 15/06/2011.

_____. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFERN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002006000400013.

ANDRADE, L.M.; MARTINS, E.C.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.B.E.P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante/ Humanized care at hospital emergency services according to companions, **Rev Eletrônica Enferm**; v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009. – Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-553934>> Acesso em 10/06/2011.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. **The humanization process of the hospital environment centered Around the worker - El proceso de humanización del ambiente hospitalario centrado en el trabajador.** Available from <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>> Acessado em 15/06/2011.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. Humanização hospitalar percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005. Available from <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Acta-SciHealthSci/arti-cle/view/1374/784>> Acessado em 10/06/2011.

BARROS, S.D.O.L.; QUEIROZ, J.C.; MELO, R.M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática/ Cuidando y humanizando: obstáculos que dificultan esta práctica/ Caring and humanizing: barriers that difficult this practice, **Rev Enferm UERJ** v. 18, n. 4, p. 598-603, out.-dez. 2010. – Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-583580>> Acesso em 10/06/2011.

BERGAN, C.; BURSZTYN, I.; SANTOS, M.C.O.; TURA, L.F.R. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v. 30, n.4, p. 656-61, dez, 2009. – Available from <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Revista-GauchadeEnferma-gem/article/view/13146/7540>> Acesso em 10/06/2011.

BONFIM, R.A. Humanização no cuidado de tratamento intensivo: [revisão]/ Humanization on intensive care treatment: [review]. **Rev. Adm. saúde** v. 11, n. 44, p. 133-142, jul.-set. 2009. Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-575002>> Acesso em 10/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2000.

DESLANDES, S.F. (Org.) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 7 - 14.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 24 jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902004000300004.

FREIRE, M.C.B.F.; PETRILLI, A.S.; SONOGNO, M. C. Humanização em oncologia pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil/ Humanization in pediatric oncology: new perspectives for supporting the treatment of childhood cancer. **Pediatr Mod** v. 43, n. 5, p. 225-236, set-out. 2007. Graf – Available from < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-469181>> Acesso em 10/06/2011.

GOMES, A.M.A. et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/06/2011. doi: 10.1590/S0080-62342008000400004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro, 2005.

LIMA, F.E.T. et al. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/06/2011.

MARTINS, C.P. Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS–Assis-SP, 2010. 104 p.

MORAES, S.D.T.A. et al. Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência/ Colecting the collector: the shortest way to humanization of assistance. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum** v. 19, n. 3, p. 393-402, dez. 2009. – Available from < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-536901>> Acesso em 10/06/2011.

POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL. Disponível em: http://www3.servicos.ms.gov.br/saude_externo/sitesaude/Politicass%20de%20humanizacao.pdf. Acesso em 05/06/ 2011.

Enviado em: junho de 2012.

Revisado e Aceito: janeiro de 2013.