

EDITORIAL

UMA PUBLICAÇÃO DA Associação Médica de Minas Gerais – AMMG · Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM-MG · Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda. – Coopmed · Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG · Faculdade de Medicina da UFMG – FM/UFMG · Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – FASEH · Federação Nacional das Cooperativas Médicas – Fencom · Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG · Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSa/BH · Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais – Sinmed-MG · Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda – Unimed-BH.

Diretoria Executiva do Conselho Gestor

Francisco José Penna - *Presidente* ·

Helton Freitas - *Diretor Financeiro* ·

Marcelo Gouvea Teixeira - *Diretor de Relações Institucionais* ·

Conselho Gestor

Amélia Maria Fernandes Pessoa (*Sinmed-MG*) · Antônio Carlos Martins Guedes (*Coopmed*) · Assuero Rodrigues da Silva (*FASEH*) · Ciro José Buldrini Filogônio (*Fencom*) · Cláudio de Souza (*CRM-MG*) · Francisco José Penna (*FM/UFMG*) · Helton Freitas (*UNIMED-BH*) · Marcelo Gouvea Teixeira (*SMSa-BH*) · José Codo Albino Dias (*AMMG*) · Ludércio Rocha de Oliveira (*FCMMG*) · Nery Cunha Vital (*SES/MG*) ·

Editor Administrativo

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite

Secretária

Suzana Maria de Moraes Miranda

Normalização Bibliográfica

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite

Revisão

Magda Barbosa Roquette de Pinho Taranto

Projeto gráfico: José Augusto Barros

Produção Editorial: Folium

Tiragem: 2.000 exemplares

Indexada em: LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde; PERIODICA - Índice de Revistas Latinoamericanas; LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe y Portugal.

Versão online: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/>

Início da Publicação: v.1, n.1, jul./set. 1991

Correspondências e artigos

Revista Médica de Minas Gerais

Faculdade de Medicina da UFMG

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Sala 12

30130-100 – Belo Horizonte. MG.Brasil

Telefone: (31) 3409-9796

e-mail (artigos): editoria.rmmg@medicina.ufmg.br

e-mail (correspondências):

secretaria.rmmg@medicina.ufmg.br

Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 2): S1-S80

Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi motivada pela necessidade para afirmá-la como valor do cuidado e da gestão em saúde e, portanto, como conceito orientador das práticas de saúde. Para ampliar as experiências de humanização nos equipamentos da rede SUS, entre os quais os hospitais, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de deflagrar movimento político-institucional e social que alterasse os modos de gestão e de cuidado em saúde, ampliando a capacidade da rede SUS produzir mais e melhor saúde aos cidadãos e dignificar o trabalho em saúde.

Para alcançar tal efeito, de imediato, se coloca a questão do “como fazer”, da questão de método. Como alterar os modos de gerir e de cuidar instituídos nas organizações de saúde, avaliados como pouco efetivos para a produção de saúde? Como ultrapassar relações sociais, políticas e clínicas tão marcadas pelos interesses corporativos e de segmentos sociais e econômicos, que transformam muitas vezes o cuidado em saúde em atos desprovidos de sentido? Como contornar as relações marcadas pelo pouco diálogo e pelo autoritarismo imposto pelas desigualdades nas relações de poder e nas relações entre sujeitos nas práticas de saúde? Como restituir aos cidadãos maior autonomia no cuidado de si?

A Política Nacional de Humanização, longe de apresentar respostas prontas para estas questões, apresenta um método, ou seja, uma estratégia para enfrentar e lidar com aquilo que tem sido designado “desumanização”. Para reverter a tendência da reprodução de práticas que atentam contra a dignidade do cuidado e da gestão é necessário reverter a principal força que mantém e reproduz estes problemas: a exclusão. Reverter a exclusão requer a construção de estratégias de inclusão, ou seja, forçar a passagem de outras perspectivas, abordagens, interesses e necessidades nas relações clínicas e nos processos de gestão do trabalho, permitindo maior incidência e interferência dos sujeitos nestas relações.

O modo de fazer inclusivo é o método da Política de Humanização. Humanizar é incluir. Incluir é forçar a produção de novos modos de cuidar, novos modos de organização do trabalho, mais plurais e heterogêneos, os quais se imaginam mais potentes para a produção de saúde e para a dignificação do trabalho.

Isto parece tarefa simples, mas não é. Incluir é enfrentar práticas de poder enraizadas nas relações do campo da saúde que foram criando culturas institucionais, atitudes e comportamentos que tornaram naturais alguns efeitos de relações muito desiguais. Esta desigualdade pode significar para os cidadãos a expropriação da autonomia no



cuidado de si, como por exemplo, sua exclusão na escolha de tratamentos e a não consideração de suas opções na escolha de condutas. Para os trabalhadores, isto pode corresponder a experimentação de vivências de trabalho que tornam o trabalhar em saúde uma exigência que extrapola suas condições físicas e subjetivas, fazendo adoecer, comprometendo sua qualidade de vida. Assim, humanizar implica na experimentação de mudanças que apontem para a construção de soluções mais partilhadas, mais coletivas, mais respeitadas. Obviamente a referência ético-política aqui é a base doutrinária do SUS (direito à saúde, equidade e a integralidade), considerando-se aquilo que a sociedade tem definido como o que seja desejável e aceitável no campo do cuidado.

Para a melhoria no atendimento e democratização das relações de trabalho – efeitos da humanização – é necessário, pois, enfrentar as relações desiguais no cuidado na relação usuário/rede social e trabalhador/equipe de saúde, bem como entre trabalhadores e gestores. E assim, a humanização depende do estabelecimento de condições político-institucionais, cujo efeito é o reposicionamento dos sujeitos nas relações clínicas e de trabalho.

A humanização se propõe, então, à criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. Assim, a tarefa da Política Nacional de Humanização é contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS, seu enorme contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da “figura de gestor”, experimente novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar. Sua tarefa é tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde.

A publicação desde volume da Revista Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, nesta perspectiva, é uma iniciativa muito importante, pois abre espaço para a veiculação e análise de experiência de humanização em hospitais universitários. Estes hospitais ocupam posição estratégica no SUS, quer seja por sua potencial capacidade resolutive e a eficácia que podem agregar na rede de cuidados, quer seja por sua função de formação de trabalhadores da saúde. Experimentar a humanização nestes lugares, por estas razões, é então estratégico.

Os hospitais brasileiros, é necessário reconhecer, há muito se colocaram o problema da humanização da assistência. Desde antes da criação do SUS um conjunto de práticas humanizadoras tiveram curso e com a criação da PNH estas experiências passam a receber novos aportes conceituais e metodológicos, estimulando a capilarização da humanização em praticamente toda rede hospitalar. É possível se afirmar, nesta direção, que boa parte dos hospitais brasileiros tem colocado o tema da humanização como um desafio. E muitos deles tem ido além da interrogação, partindo para a experimentação de dispositivos da PNH.

A experiência de implementação da Humanização nos hospitais tem demonstrado que não há um único caminho a ser trilhado. E não poderia ser diferente: a humanização como valor que orienta práticas de gerir e de cuidar, mas não as molda, pois não haveria como apontar antes o que deve ser feito, senão construir experiências que poderiam indicar caminhos, dar pistas, apontar possibilidades a partir da humanização como valor atinente ao cuidar e ao gerir em saúde.

Dar vazão, fazer conhecer e refletir sobre experiências de humanização em hospitais universitários – tarefa desta publicação – certamente ampliará o acervo de experiências de humanização registradas, bem como contribuirá para o processo de capilarização da humanização em outros estabelecimentos de saúde.

Dário Frederico Pasche

Coordenador da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde

Comissão editorial

Coordenador editorial:
Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Ênio Roberto Pietra Pedroso
Francisco José Pena
Henrique Vitor Leite
Henrique Gama Torres

Patrícia Campos Chaves
Rosa Maria Quadros Neme
Tânia Couto Machado Chianca
Tânia Mara Assis Lima



SUMÁRIO



Capa: HC/UFMG

Foto: Diogo Domingues

Editorial

1 • Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores

Dário Frederico Pasche

Artigos Originais

5 • A consulta de enfermagem na assistência a mulheres com história de diabetes gestacional – uma proposta junto ao Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

The nursing consultation in the women care with gestational diabetes history - a proposal joint the humanization program of the clinical hospital Federal University of Minas Gerais

Sônia Maria Soares, Ivone Maria Martins Salomon, Priscila Benfica Cirilio

12 • Cotidiano de portadores de doença renal crônica - Percepções sobre a doença

The routine of chronic renal disease patients – Their perception regarding the disease

Fabiana Araújo Passos Costa; Milady Cutrim Vieira Cavalcante; Zeni Carvalho Lamy; Natalino Salgado Filho

18 • Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Different ways of working and expressing the humanization at Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Ana Valéria Furquim Gonçalves, Márcia Ziebell Ramos

25 • Espaço de Sala de Espera: informações em saúde, desenvolvimento e comportamento infantil

Waiting Room: health information, child development and behavior

Zélia Araújo Cotta Coelho, Marcella Nunes Fernandes, Isabella Freitas da Silveira, Flahiza Marques Afonso da Silva, Fernanda Castro Costa, Maisa Francino Cardoso, Lúvia de Castro Magalhães

Artigos de Revisão

33 • Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos

Hospital humanization: reform in the management and in the health practices producing new subjects

Dário Frederico Pasche

Relato de Caso

42 • A experiência de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG

The experience of humanization politics guidelines implantation at UFMG's Hospital das Clínicas

Patrícia Campos Chaves, Rosa Maria Quadros Nehmy

47 • Animação cultural em hospitais: experiências com lazer no programa de humanização da assistência hospitalar no hospital das clínicas da UFMG

Cultural animation in hospitals: experiences with leisure in the humanization hospital assistance program in the hospital das clínicas from UFMG

Hélder Ferreira Isayama, Gabriela Baranowski Pinto, Tatiana Roberta de Souza, Fernanda Tatiana Ramos Siqueira, Laís Machado Nunes, Natália de Sousa Araújo

53 • Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na Emergência de um Hospital Universitário

Construction of a methodology of attendance of the care in an University Hospital Emergency

Amanda Almeida
Mudjalieb, Cláudia e. Abbês
Baêta Neves, Guilherme Cândido Costa, Júlia Florêncio Carvalho Ramos, Lidiane Pereira Raposo, Verônica Duarte Processi

59 • Estratégias para humanização propostas pelos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá

Strategies for humanization proposed by the academics of the fourth year of Dentistry's course of State University of Maringá

Carina Gisele Costa Bispo, Mirian Marubayashi Hidalgo, Vera Lúcia Pereira Correa, Cristiane Müller Calazans, Liogi Iwaki Filho, Mitsue Fjimaki Hayacibara, Raquel Sano Suga Terada, Luciene Padilha

64 • Uma experiência de extensão, iniciação científica e de formação humanista de estudantes de medicina: o projeto Abraçarte

Medicine students' experience of extension, scientific initiation humanistic formation: the Abraçarte Project

Rosa Maria Quadros Nehmy, Joaquim Antônio César Mota, Aline Joice Pereira Gonçalves, Natália Pereira Gontijo, Yuri Lobato Guimarães

71 • Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada

Psychosocial rehabilitation of chronic renal disease patients: the use of extended clinics

Milady Cutrim Vieira, Ana Karina Teixeira da Cunha França, Ilma Nascimento Sousa Lima, Zeni Carvalho Lamy, Natalino Salgado Filho

Educação Médica

75 • O projeto Passagem, um terreno de atenção médico-legal na humanização do parto

The Passage Project, an area of medical care-legal in humanization of birth

Anayansi Correa Brenes, Assunción Lopez-Saez, Raquel Nunes, Cristiane L. Lobato, Guilherme Gomes

81 • Normas de Publicação

A consulta de enfermagem na assistência a mulheres com história de diabetes gestacional – uma proposta junto ao Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

The nursing consultation in health care of women with a history of gestational diabetes - a proposal from the Program for the Humanization of Hospital das Clinicas, Federal University of Minas Gerais

Sônia Maria Soares¹, Ivone Maria Martins Salomon², Priscila Benfica Cirilio³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, que tem por objetivo analisar como a consulta de enfermagem tem contribuído para a melhoria do controle glicêmico de mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional acompanhadas em um Programa de Assistência à Gestante Diabética, desenvolvido junto ao Hospital das Clínicas da UFMG. Foram analisados 222 formulários de consulta de enfermagem das gestantes com história de diabetes e os mapas de anotação dos dados glicêmicos no período de 2004 a 2008. Os resultados revelaram significativa melhora do controle glicêmico em 70% das gestantes em relação ao início do acompanhamento, em função do caráter educativo e de acompanhamento da consulta, pelo fortalecimento da autonomia e das ações voltadas para o autocuidado.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Enfermagem; Diabetes Gestacional; Cuidados de Enfermagem; Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study with the aim of analyzing how the nursing consultation has contributed for the improvement of the glycemic control of women with history of gestational and pre-gestational diabetes in a Program of Assistance to Diabetic Pregnant Women, developed at the UFMG Hospital das Clinicas. 222 nursing consultation forms of pregnant women with history of diabetes and the glycemic data record maps in the period from 2004 to 2008 were analyzed. The results showed significant improvement in the glycemic control in 70% of the pregnant women related to the follow up beginning, due to the consultation educative and follow up feature, strengthening the autonomy of the self-care actions.

Key words: Health Care Humanization; Nursing; Gestational Diabetes; Nursing Care; School Hospitals.

INTRODUÇÃO

A atuação da enfermagem junto à saúde pública brasileira vem ocorrendo desde meados de 1925, por meio da consulta de enfermagem. Inicialmente denominada “atendimento de enfermagem”, configurava-se como uma “atividade meio”, como

¹Doutora em Saúde Pública, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFGM, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFGM. Belo Horizonte – Minas Gerais.

²Mestre em Enfermagem, Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – Minas Gerais. E-mail: ivone.salomon@gmail.com

³Discente do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, bolsista de Extensão do projeto: Cuidar... cuidando-se! Diabetes gestacional. Belo Horizonte – Minas Gerais. E-mail: priscilla_benfica@yahoo.com.br

Instituição:

Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:

Sônia Maria Soares
Rua Braz Cubas, 21, apto 301, Bairro Cruzeiro
Belo Horizonte-MG
CEP 30310-220
E-mail: smsoares.bhz@terra.com.br

cita Madeira¹, compondo-se de técnicas e inserida em um contexto amplo de ações de caráter puramente curativo.

No decorrer do processo de institucionalização da consulta, iniciado em 1969 pela Fundação Serviço de Saúde Pública (FASEP), esta passou, em 1975, a ser denominada “consulta de enfermagem”, atividade exclusiva do enfermeiro e que se reveste de um conceito mais amplo, reiterando o paradigma em ascensão de atenção à saúde, em que se privilegiam a promoção da saúde e a prevenção dos agravos.¹

A assistência de enfermagem pautada na realização da consulta de enfermagem foi incorporada às instituições de saúde desde a década de 60. Após intensas manifestações para o reconhecimento desta pelos órgãos competentes, em 25 de junho de 1986 foi normalizada pelo art. 11, inciso I, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, e regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre essa como atividade privativa do enfermeiro^{2,3}.

Com a Reforma Sanitária, firmou-se o papel do enfermeiro como ator fundamental na garantia dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Posteriormente a essa regulamentação, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 159, de 19 de abril de 1993, reiterou a consulta de enfermagem como atividade de caráter obrigatório e inerente da assistência em todos os níveis de atenção.^{2,3}

A consulta é intrínseca à sistematização da assistência de enfermagem, sendo uma das atividades desempenhadas pelo enfermeiro, por meio da qual o profissional exercita seu papel junto ao sistema de saúde, tendo como finalidade buscar resultados condizentes com o preconizado e esperado pelo serviço de saúde.⁴

Assim, a consulta de enfermagem permite ao enfermeiro identificar e implementar ações voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação do indivíduo e da comunidade adscrita, utilizando meios científicos para diagnosticar os agravos e suas relações com a saúde da população, fundamentando-se nos princípios norteadores e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A consulta tem sido utilizada como instrumento de trabalho dos enfermeiros que atuam, predominantemente, na atenção básica e secundária e consiste em: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico); diagnóstico de enfermagem; prescrição e implementação da assistência; e evolução de enfermagem.⁴

No âmbito da atenção secundária, a consulta traduz-se como parte de um processo que permite de forma racionalizada e coerente organizar o trabalho, tornando-o efetivo, além de atuar como um componente facilitador na implementação de novas perspectivas assistenciais, voltadas para as necessidades do usuário.

Diante da reafirmada importância e abrangência da consulta de enfermagem, esta deve fazer-se presente no cotidiano das instituições de saúde como forma de incentivar e fortalecer as ações positivas para a preservação da saúde dos indivíduos e da comunidade adscrita.

De forma singular, as doenças crônicas e os agravos da gestação são exemplos em que os preceitos da consulta contribuem grandemente no percurso da doença e do tratamento, por configurarem-se como situações que requerem ação constante e de longo tempo de controle. É na consulta que o cliente expõe dúvidas, é orientado e estimulado a continuar o tratamento.⁵

Na gravidez, período de vulnerabilidade e mudanças significativas no organismo materno, o diabetes é uma enfermidade recorrente e pode significar complicações irreversíveis à mãe e ao feto. Uma das formas em que pode fazer-se presente é no diabetes *mellitus* gestacional (DMG), ocasionado pelo aumento da resistência periférica à insulina em função da presença de hormônios diabetogênicos. O agravo surge pela primeira vez na gravidez, podendo ou não persistir após o parto⁶; pode surgir também nos casos de diabetes pré-gestacional (DPG), envolvendo o diabetes *mellitus* tipo 1 (DMT1) – doença que se justifica pela ausência de insulina em função da destruição das células beta-pancreáticas⁷; e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) – resultante de alterações na secreção e/ou ação da insulina.⁸⁻¹⁰

Em relação ao diabetes gestacional (DG), a consulta de enfermagem é essencial para o acompanhamento à mulher, pois é nesse momento que a gestante é orientada quanto às características do agravo, os riscos que este proporciona para si e para o feto, como se dará o tratamento e as orientações sobre a insulinoterapia, quando necessário, bem como em relação às possíveis complicações e evoluções no parto e no puerpério. Permite, ainda, atendimento humanizado, com possibilidade de fortalecimento do vínculo entre o profissional e a mulher, desde o saber-se diabética até o puerpério, tendo como objetivo principal a autonomia e o exercício do autocuidado em seu cotidiano.

No Brasil, ainda são poucos os serviços que priorizam a consulta de enfermagem na assistência a mulheres com diabetes gestacional. Assim, em 1989, o Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG implantou o “Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, o qual se responsabiliza pelo acompanhamento a gestantes diabéticas, sendo este integrado à sistematização do atendimento a gestantes portadoras de endocrinopatias, em parceria com os serviços de ginecologia-obstetrícia e endocrinologia.

Na consulta de enfermagem, as atividades desenvolvidas são fundamentadas em uma concepção de saúde abrangente, não restrita ao cunho curativo e voltando-se para a assistência integral. Consiste em um atendimento de todas as necessidades e demandas da usuária, não se limitando à doença, e interdisciplinar, na qual profissionais de diferentes áreas assistem às gestantes, promovendo sensibilização, orientação, educação e esclarecimentos sobre o diabetes e sua associação com a gravidez e, principalmente, os cuidados durante o tratamento, o manejo da insulina, a importância da automonitorização e o acompanhamento à gestante durante toda a gravidez e puerpério.

Este trabalho tem por objetivo analisar como a consulta de enfermagem tem contribuído para a melhoria do controle glicêmico de mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional acompanhadas no “Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética” do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Justifica-se pela relevância da consulta no acompanhamento a gestantes diabéticas e pelo seu caráter humanizado, por propiciar à paciente maior autonomia, aprendizado para o manejo do seu controle glicêmico e responsabilização pelo seu autocuidado; por alertar para situações de emergência, bem como por reduzir as complicações neuropáticas e vasculares no pós-parto em função do melhor controle metabólico passível de ser alcançado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido junto ao Projeto de Extensão: “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética” vinculado ao Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Esse serviço assiste a gestantes portadoras de

diabetes gestacional e pré-gestacional em suas principais necessidades de atendimento especializado por meio de consulta médica, acompanhamento nutricional, consulta de enfermagem e grupos.

Foram analisados 222 formulários de consulta de enfermagem de mulheres com história de diabetes gestacional, preenchidos na admissão, e também os mapas de anotação dos dados glicêmicos das mulheres assistidas no período de 2004 a 2008.

A consulta de enfermagem enfoca a história atual e pregressa da mulher, considerando como prioridade os padrões de resposta humana, os eventos da história obstétrica e endócrina e o mapa de anotação dos dados glicêmicos, o qual consta de uma tabela em que são anotados os resultados dos testes realizados durante o acompanhamento e as dosagens de insulina.

SITUANDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À GESTANTE DIABÉTICA

Em 1997, o atendimento do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG foi viabilizado, sistematizado e vinculado ao Projeto de Extensão “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, sendo seu objetivo atender às gestantes portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional, uma vez que essa gestação é caracterizada como de alto-risco, exigindo, portanto, atendimento especializado. Para isso, o programa conta com uma equipe multiprofissional composta de endocrinologistas e residentes de endocrinologia, enfermeiras assistencial e docente, nutricionista e estagiária de Nutrição.

Durante as consultas, valorizam-se o diálogo, a troca de experiências e as demandas de cada gestante, com o objetivo de apreender o que é sabido por elas, suas ações de autocuidado, como elas se reconhecem frente à sua problemática, a aceitação e manejo do agravo, além de esclarecer as possíveis dúvidas que possam surgir e orientar sobre a utilização da insulina, a importância de manter a dieta e o estímulo à prática de atividades físicas.

O atendimento vem acontecendo duas vezes por semana, em encontros individuais ou coletivos, sendo os profissionais de enfermagem responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de cunho educativo, orientando e acompanhando as gestantes durante a gravidez e no puerpério.

Como demonstrado no fluxograma de atendimentos (Figura 1), a mulher com diabetes prévio já inicia o

acompanhamento assim que chega ao serviço. Aqueles que chegam com índice de glicemia acima de 95 mg/dL e com 28 semanas ou mais de gravidez (idade da gestação em que se detecta o diabetes gestacional), irão realizar mais alguns testes de glicemia e glicosúria. Em casos de reincidência de índice glicêmico superior a 95 mg/dL e glicosúria positivo, confirma-se o diagnóstico médico. A partir desse momento, a gestante passa a ser acompanhada por um endocrinologista e pela enfermagem até o parto e no puerpério.

Após preencher os critérios para acompanhamento, o primeiro contato da gestante é com uma enfermeira do Programa, em consulta individual. Nesse momento, são realizadas a admissão da gestante, uma entrevista que consta de um levantamento sumário da história do diabetes *mellitus* e anamnese obstétrica, de orientações gerais sobre como será seu acompanhamento, sobre a automonitorização glicêmica e sua relevância e a realização de glicemia capilar e exames de glicosúria/cetonúria.

O número de consultas não é fixo, pois depende do período em que a mulher inicia o seu controle no Programa. Geralmente, elas iniciam seu acompanhamento entre a 28ª e a 30ª semanas de gestação. Com isso, consegue-se realizar, ao longo da gestação, aproximadamente 10 consultas, que se fundamentam em quatro pilares principais: acompanhamento por meio da monitorização glicêmica no ambulatório e no domicílio, a prática de atividade física, a adesão à dieta e à utilização da insulina, a partir de um enfoque humanizado.

A monitorização glicêmica é a fonte principal de informações quanto à validade e o sucesso do acompanhamento, determinando a efetividade deste ou a necessidade de mudanças para a melhoria do controle pela gestante. Essa prática foi incorporada ao programa em 2002, quando começaram a ser fornecidos, pela instituição, os insumos necessários para a monitorização domiciliar das glicemias capilares.

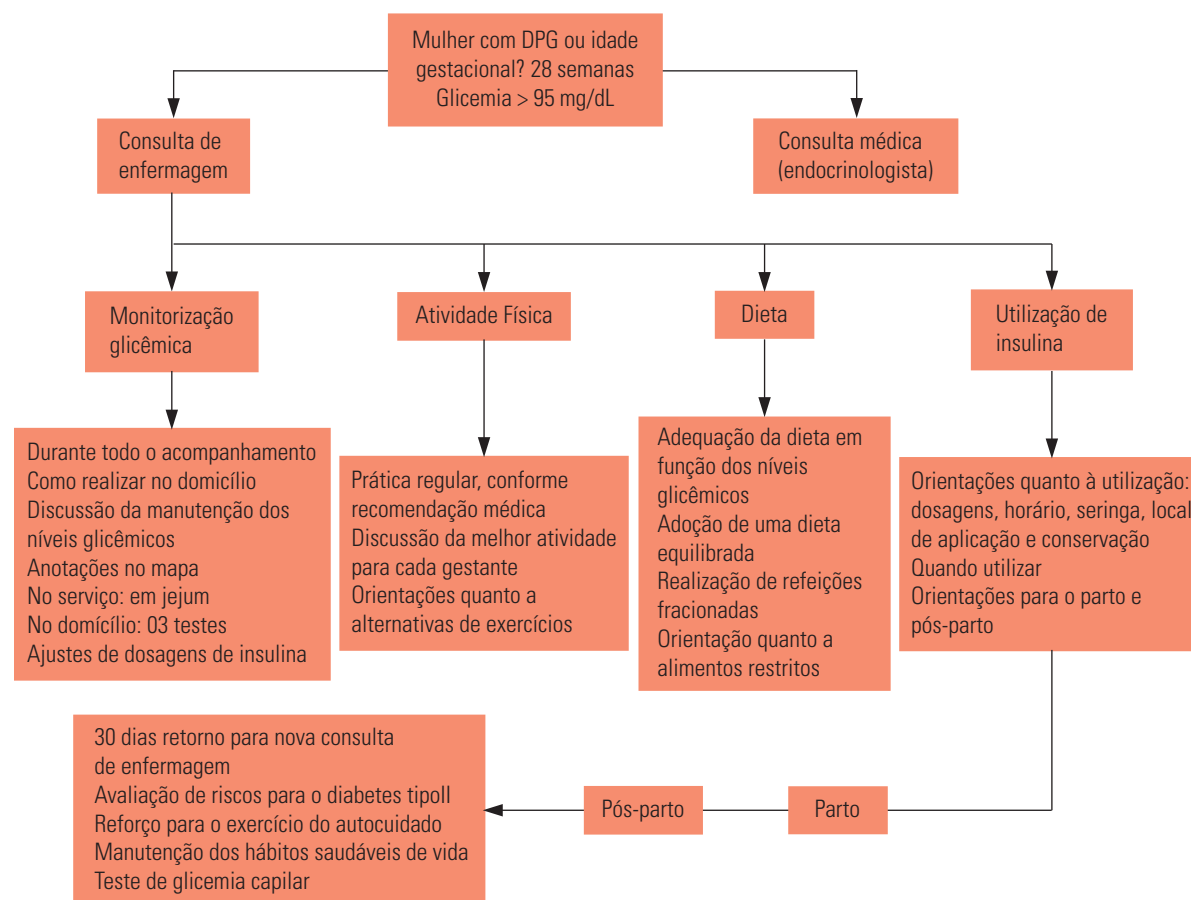


Figura 1 - Fluxo de atendimentos à gestante no Programa

Fonte: Formulário de consultas à gestante do Ambulatório Borges da Costa.

Desde então, foram acompanhadas mais de 250 gestantes e as que utilizam glicosímetros e fitas reativas recebem orientação para a automonitorização glicêmica no início e durante todo o acompanhamento, no que se refere ao manuseio do glicosímetro, aos horários de realização das glicemias capilares e anotação em formulário próprio. A princípio, somente as gestantes com controle deficiente realizavam a automonitorização. No entanto, hoje se recomenda para a maioria das gestantes diabéticas incluídas no Programa, uma vez que as três glicemias capilares oferecidas pelo serviço não refletiam adequadamente o controle glicêmico das mesmas. Com isso, a gestante passou a fazer um teste, em jejum, quando comparece ao serviço e, pelo menos, mais três glicemias capilares ao dia, em casa, em horários alternados: jejum, pré-prandial (almoço), pós-prandial (almoço), pré-prandial (jantar), ao deitar e de madrugada (2 ou 3 horas da manhã).

A gestante também recebe os valores de referência de glicemia capilar nos referidos horários para que ela possa avaliar o seu controle glicêmico diariamente e efetuar correções de acordo com a prescrição dietética e a atividade física. Esses valores, atualmente, seguem os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, *American Diabetes Association*, pelo Ministério da Saúde e são corroborados pelas recomendações publicadas em 2001 pelo Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez.¹¹

Desde 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG disponibiliza os insumos para as gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional e pré-gestacional tipo 2, conforme Lei 11.347/2006¹², uma vez que as gestantes portadoras de diabetes pré-gestacional tipo 1 têm o empréstimo do glicosímetro e o fornecimento de fitas reativas pela Secretaria Municipal de Saúde garantidos anteriormente à gravidez.

Os resultados da automonitorização domiciliar realizada pelas gestantes diabéticas são acompanhados, semanalmente, também pelo endocrinologista, para avaliação da necessidade de prescrição de insulina ou reajuste de dose, e pela Enfermagem e Nutrição, para reavaliação de condutas relacionadas ao autocuidado que possam interferir no controle glicêmico, tais como dieta, atividade física, insulino-terapia, controle do estresse físico e emocional, etc.

Estima-se que, de janeiro de 2002 a janeiro de 2008, foram atendidas cerca de 340 mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional. Destas, aproximadamente 70% ou 238 apresentaram melhoria do controle glicêmico e dos hábitos de vida,

o que pôde ser comprovado quando foram analisados os valores de glicemia de jejum ao início da monitorização domiciliar, os quais apareceram quase sempre acima de 95 mg/dL. À medida que a gestante incorporava a prática da automonitorização no seu cotidiano, observavam-se diminuição dos valores glicêmicos e reajuste das doses de insulina.

Outro ponto importante para a manutenção dos níveis glicêmicos nos padrões de normalidade, devido aos seus efeitos sobre a glicemia e ácidos graxos livres, é a realização de atividade física.¹³

Após liberação pelo médico, estimula-se a execução de exercícios que sejam da preferência da usuária, de acordo com seu estilo de vida e sua capacidade física, orienta-se sobre os cuidados para a realização desta, horários, tempo de duração, o que ingerir antes e após a atividade, alternativas e sugestões de exercícios para cada fase da gestação.⁵

O terceiro pilar é a reeducação alimentar, principal fundamento do tratamento para a melhoria do controle glicêmico, principalmente na gravidez, quando deve haver restrito aumento de gordura corpórea.⁵ A gestante é acompanhada por nutricionista do Programa, mas também na consulta são investigadas as dificuldades e os ganhos com a dieta.

E, por fim, o quarto pilar é a insulino-terapia. Essa conduta restringe-se àquelas mulheres com diabetes prévio ou que não conseguiram adequado controle glicêmico utilizando os três pilares anteriormente explicitados. Nesses casos, a gestante é orientada quanto ao tipo de insulina a ser utilizada, dosagens, tipo de seringa, horário, técnica de autoaplicação, local, realização de rodízio e conservação da medicação. De modo geral, inicia-se com a dosagem de 0,5 unidade por dia no período noturno.

Durante as consultas e até o término da gravidez, as mulheres também serão avaliadas, analisados os exames complementares mencionados, orientadas e supervisionadas quanto à autoaplicação de insulina e às condutas de adesão ao tratamento no que se refere à atividade física, à dieta prescrita e à insulino-terapia.

Ao aproximar-se o fim da gestação, são também discutidas as condutas para o parto e puerpério. Após 30 dias do parto, a gestante deve retornar ao serviço para nova consulta de enfermagem e realização de teste de glicemia capilar para verificar os níveis glicêmicos e avaliar os riscos para o desenvolvimento do diabetes tipo II. Nesse momento, é reforçada a importância do exercício do autocuidado e da manutenção dos hábitos saudáveis de vida.

Nos encontros coletivos, grupos de orientação para o autocuidado, a temática do diabetes é discutida e prioriza-se a demanda trazida pelas participantes. São também realizados testes de glicemias capilares pós-prandiais (pós-almoço e pós-lanche da tarde). Para a abordagem dos assuntos pertinentes, são utilizadas algumas estratégias lúdicas, tais como jogos didáticos, aulas interativas e filmes educativos, empregadas para esclarecer as dúvidas levantadas a respeito do diabetes na gravidez, o tratamento, a automonitorização, entre outras. É um momento de estreita e íntima relação entre as gestantes, seus familiares, a enfermeira e os outros profissionais que acompanham a mulher, por tratar-se de um momento de compartilhamento e construção de conhecimentos, o que proporciona mais autonomia e segurança às gestantes durante a gravidez de alto risco.

O Programa atende, hoje, uma média de 15 a 20 gestantes diabéticas por semana. Ao longo desses anos, comprovou-se que essa prática contribuiu para minimizar as complicações decorrentes do precário controle glicêmico, diminuindo, por conseguinte, as internações hospitalares nos casos das mulheres com diabetes pré-gestacional.

RESULTADOS

Considerando as 222 mulheres por faixas etárias, têm-se 5,85% atendidas com idade inferior aos 20 anos, 30,63% na faixa etária entre 20 e 30 anos, 56,3% na faixa etária entre 30 e 40 anos e 7,21% de mulheres com idade superior a 40 anos.

Esses dados confirmam que a idade avançada é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações na gravidez e que contribui para o aumento do risco de surgimento do diabetes *mellitus* tipo II, como corroboram as sociedades que tratam o tema¹³.

Um ganho importante com a consulta, como relataram as gestantes durante os atendimentos, é que esta possibilitou aprender acerca de sua gravidez de risco e sobre os cuidados com o feto, bem como da realização da automonitorização domiciliar e do preparo, aplicação e cuidados com a insulino-terapia, além de avaliar suas capacidades para o autocuidado.

O acompanhamento regular propiciado pelas consultas oferece à mulher um ambiente aberto à discussão do seu controle glicêmico, oportunidade para aprender e relembrar como realizar a automo-

nitorização em seu domicílio, prática fundamental no acompanhamento à gestante, o direcionamento da terapêutica, adequando-a ao seu perfil glicêmico. Além disso, configura-se como um momento de reforço e motivação dos hábitos saudáveis de vida, tanto para o incentivo da prática de atividades físicas quanto para a orientação sobre como ajustar a sua dieta em função dos níveis glicêmicos obtidos com a monitorização domiciliar, proporcionando uma participação ativa da mulher na prevenção das complicações que podem ocorrer para si e para seu filho.

Esse aspecto da consulta, calcada na mudança de comportamento e no desenvolvimento de ações de autocuidado, na reafirmação da autonomia e na responsabilização da mulher, confirmam o caráter humanizado da assistência prestada durante a consulta de enfermagem, uma vez que a gestante é assistida em todas as suas necessidades, seja no esclarecimento de dúvidas, na aprendizagem da técnica para aplicação da insulina ou na sua valorização como sujeito em seu processo saúde-doença.

Tendo como base o que foi mencionado neste trabalho e abordado durante as consultas, pode-se perceber que estas contribuíram para a melhoria do controle glicêmico entre as mulheres com história de diabetes gestacional atendidas, já que, como explicitado, em cerca de 70% delas houve significativa melhora em relação ao início do acompanhamento no período compreendido entre 2002 e 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a consulta de enfermagem tem contribuído para sensibilizar e esclarecer as mulheres quanto à necessidade de mudança de comportamento frente à sua problemática, com o propósito de levá-la a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença no organismo materno e fetal e investindo no desenvolvimento e motivação para o exercício de ações de autocuidado.

Em consequência disso, pode-se notar a estabilidade dos níveis glicêmicos, influenciada pela utilização correta da medicação e pela adoção de hábitos de vida saudáveis motivados durante as consultas, determinando, por conseguinte, diminuição nas internações hospitalares nos casos das mulheres com diabetes pré-gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Madeira AMF. Tentando compreender o abandono da consulta de enfermagem a partir da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1993.
2. Brasil. Congresso Nacional. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1986 jun 25. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 1993. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7028§ionID=344>
4. Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA, organizadoras. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora; 2001. p. 41-76.
5. Gomes RCV. Atuação do enfermeiro em consulta de enfermagem com diabetes: relato de experiência [monografia]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem da UFMG; 1998.
6. Gross JL, Silveira SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46 (supl.1):16-26. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000100004&lng=en
7. Grossi SSA. Monitorização domiciliar da glicemia em pacientes com diabetes mellitus insulino-dependente: Relato de experiência. Rev Pediatr (Sao Paulo). 1998; 20 (supl.2):154-60. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/369/body/13.htm>
8. Araujo LMB, Britto MMS, Cruz TRP. Tratamento do diabetes mellitus tipo II: Novas Opções. Arq Bras Endocrinol Metab. 2000; 44 (supl.6):509-18. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2730200000600011&lng=en.
9. Salomon IMM. Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um hospital universitário de Belo Horizonte – Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 2004.
10. Sociedade Brasileira Diadetes. Consenso Brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. São Paulo: Diagrafic; 2003. 72 p.
11. Reichelt AJ, Oppermann MLR, Schmidt MI. Recomendações da 2ª reunião do grupo de trabalho em diabetes e gravidez. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46 (supl.5):574-81. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000500012&lng=pt
12. Brasil. Congresso Nacional. Lei n.11.347 de 27 set. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm
13. Brunner LS, Suddarth DS. Enfermagem médica cirúrgica. 10nd. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2005.

Cotidiano de portadores de doença renal crônica – Percepções sobre a doença

The routine of chronic renal disease patients – Their perception regarding the disease

Fabiana Araújo Passos Costa¹; Milady Cutrim Vieira Cavalcante²; Zeni Carvalho Lamy³; Natalino Salgado Filho⁴

RESUMO

Introdução: a doença renal crônica é um problema de saúde pública e tem efeito devastador na vida dos sujeitos. Considerando que seu tratamento é prolongado e doloroso, envolve muitas limitações e gera amplas repercussões no cotidiano das pessoas, torna-se crescente a preocupação com a sua qualidade de vida. **Objetivos:** conhecer a percepção do portador de DRC sobre as repercussões da doença no seu cotidiano. **Métodos:** de natureza qualitativa, foram abordadas sete pessoas que realizavam hemodiálise no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFMA. Utilizaram-se questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada com roteiro de questões abertas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** diferentes reações ocorreram diante do diagnóstico, como comportamentos de não-aceitação e sentimentos de profunda tristeza e angústia. Verificou-se que os pacientes ficam mais suscetíveis a conflitos e instabilidades. Observou-se pouco conhecimento sobre a doença, talvez pelas dificuldades de compreensão e interpretação das orientações fornecidas ou pelo excesso de informações num momento traumático para o paciente. A vida dos portadores de DRC é marcada por ruptura e imposição de severas limitações ao cotidiano, gerando modificações de seus hábitos e estilos de vida/comportamentos. A doença leva muitos pacientes a dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais. **Conclusões:** a implementação de medidas preventivas, terapêuticas e de educação com enfoque biopsicossocial torna-se fundamental para a saúde e reabilitação do renal crônico.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Perfil de Impacto da Doença; Estilo de Vida; Percepção; Psicologia.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Renal Disease (CRD) is a public health problem and has a devastating effect on patients' lives. Since the treatment is long and painful, it creates many limitations and great impact on people's routine, so patients' quality of life becomes a major concern. **Goals:** Understanding the way a CRD patient perceives the illness impact on his or her routine. **Methods:** 7 people under hemodialysis were approached, in a quality manner, at the Federal University Hospital Nephrology Department. It was used a social-economical questionnaire and semi-structured open interviews. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the Content Analysis Technique. **Results:** Different reactions occurred during the diagnosis, such as non-acceptance behaviors and deep sadness and anguish feelings. It was noted that the patients were more susceptible to conflicts and instabilities. It was noted a lack of knowledge about the pathology, which may be due to the difficulties in understanding and interpreting the orientations received or due to the excess of information in a traumatic moment for the patient. **The**

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

Endereço para correspondência:
Milady Cutrim Vieira Cavalcante.
Rua B, nº53, Quadra35, Cohatrac-I
e-mail: miladycutrim@yahoo.com.br

CRD patients' lives are marked by disruptions and the imposition of several limitations to their routine, generating changes in their habits and life styles/ behaviors. The disease leads many patients to functional, affective, behavior and social difficulties. Conclusion: The implementation of preventive, therapeutic and educational procedures focused on the bio-psycho-social has become essential to the health and rehabilitation of the chronic renal patient.

Key words: Renal Insufficiency, Chronic; Sickness Impact Profile; Life Style; Perception; Psychology.

INTRODUÇÃO

O impacto das doenças e agravos não-transmissíveis na saúde da população tem chamado a atenção em todo o mundo.¹ Os avanços das últimas décadas têm contribuído para o aumento da expectativa de vida e para a sobrevivência de doentes, elevando o número de pessoas com doenças crônicas e sequelas com as quais terão que conviver por vários anos.²

Esse mesmo autor refere que sobreviver por longos períodos não significa, necessariamente, “viver bem” e, na maioria das vezes, existem limitações prejudicando a participação do indivíduo em várias atividades.

Entre as doenças que causam forte impacto no cotidiano, está a doença renal crônica (DRC), que pode ser definida como presença de lesão renal, associada ou não à diminuição da filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m² por período igual ou superior a três meses. Quando atinge valores inferiores a 15 mL/min/1,73 m², é instituída a terapia renal substitutiva (TRS).³

Bezerra⁴ ressalta que todas as formas de tratamento existentes para DRC, diálise ou transplante, aliviam os sintomas do paciente e preservam sua vida, mas nenhum deles possui caráter curativo, sendo, portanto, fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos para que as práticas hospitalares, em especial aquelas voltadas para o paciente crônico, busquem a compreensão da percepção deste sobre sua doença e seu tratamento.

O tratamento dialítico é um processo prolongado e doloroso que, por filtração, retira todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela perda da função renal.⁵ Envolve muitas limitações e sofrimento, gerando profundas repercussões no cotidiano das pessoas.

Esses aspectos justificam a realização de estudos que considerem o efeito devastador da DRC e a qualidade de vida dos pacientes. Tal conhecimento

possibilitará aos profissionais de saúde uma reflexão sobre a assistência prestada, valorizando as falas dos pacientes e auxiliando-os no processo de aceitação de mudanças.

Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção do portador de DRC sobre as repercussões da doença no seu cotidiano, identificando as reações diante do diagnóstico, a percepção sobre a doença e mudanças ocorridas na vida dos entrevistados.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo qualitativo no período de janeiro a março de 2007, no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFMA, com portadores de DRC em hemodiálise (HD). Esse serviço foi inaugurado em 1992 e atualmente possui 163 pacientes cadastrados em programa regular de hemodiálise.

Os sujeitos entrevistados foram definidos conforme critérios da pesquisa qualitativa. Nesse tipo de pesquisa a amostra ideal é aquela que reflete o conjunto de suas múltiplas dimensões; e o número de entrevistas considerado relevante para a análise é definido pelo critério de saturação, mediante as convergências e divergências sobre o tema, manifestadas nas diferentes falas.⁶

O grupo estudado foi constituído por pessoas de ambos os sexos, adultos jovens, que estavam em hemodiálise por no mínimo seis meses. O período mínimo definido visa a amenizar as diversidades do grupo, visto que o início do procedimento dialítico é marcado por instabilidade clínica e influências psicológicas associadas à recente interrupção de suas atividades, repercutindo, assim, na percepção sobre o cotidiano. A faixa etária deste estudo foi escolhida por corresponder à fase produtiva, podendo implicar mudanças dos planos de vida dos indivíduos em função da doença. Não foram incluídos os sujeitos que apresentaram comprometimento cognitivo grave ou dificuldades de comunicação.

A técnica utilizada para coleta de dados foi entrevista semiestruturada realizada com base em um roteiro com questões abertas. As entrevistas foram realizadas durante o procedimento dialítico a fim de não alterar a rotina dos pacientes, considerando que cada um deles, no curso de seu tratamento, realiza três sessões de hemodiálise por semana, com duração de quatro horas. Foram gravadas e posteriormente transcritas.

O material foi avaliado por meio de análise temática, uma modalidade da análise de conteúdo.⁷ Iniciou-se a investigação com sucessivas leituras do material, separação dos *núcleos de sentido* e identificação e agrupamento em categorias temáticas: reações ocorridas diante do diagnóstico; percepção da doença; mudanças ocorridas na vida dos pacientes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Parecer nº 521/2007), de acordo com as normas para pesquisas em seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo seis mulheres e um homem, na faixa etária de 24 a 30 anos, com tempos de diálise que variaram de seis meses a sete anos. Dois dos entrevistados possuíam o 2º grau completo, entretanto, verifica-se que a maioria das pessoas em HD apresenta baixo nível de escolaridade, condição que pode contribuir para limitação do acesso e da compreensão dos cuidados com a saúde.

Um dos pacientes era procedente do interior do estado. Essa característica é comum à grande parcela da população de renais, em que muitos têm que se deslocar para a capital, exigindo mais disponibilidade de seu tempo para se submeter à hemodiálise. Isto gera mais uma mudança em sua vida, com grande repercussão nas atividades cotidianas.

Os pacientes entrevistados não possuíam ocupação e recebiam um salário mínimo, proveniente de auxílio-doença. Observa-se que, antes da doença, a atividade laboral de muitos era diária e exigia muito esforço. Desta forma, a doença renal passa a representar uma limitação ao trabalho, seja pela dinâmica do tratamento que leva os pacientes a se ausentarem frequentemente ou pela atual condição física deles.

As concepções dos pacientes sobre o impacto da DRC no cotidiano estão apresentadas nas categorias a seguir.

Categoria 1 - Diante do diagnóstico: o impacto da notícia

Quando o paciente renal crônico toma conhecimento do seu diagnóstico, pode impactar-se, ocasionando, assim, progressivo e intenso desgaste emocional.⁸ Pode-se depreender das falas semelhantes

reações frente ao diagnóstico em que são retratadas afirmações do tipo: *“como se o mundo tivesse desabado”*, *“eu fiquei triste”*, *“eu queria morrer”*, *“foi ruim demais”*, *“eu chorava era muito”*, *“eu queria assim desistir nos primeiros dias”* (sic).

Os referidos discursos revelam o impacto negativo que o diagnóstico traz, configurando um momento traumático em que lhes é apresentada uma doença até o momento desconhecida, resultando em comportamento de não-aceitação e sentimentos de profunda tristeza e angústia.

A sensação de que a vida acabou pode estar associada à modificação abrupta da rotina dos indivíduos, que passam a depender compulsoriamente de um tratamento médico por toda a vida. Na fala dos pacientes, percebe-se a dificuldade em conviver com a DRC, uma doença incurável, complexa e que atinge diferentes áreas da vida destes.

Ramos *et al.*⁹ referem que a DRC, associada à dependência da máquina de hemodiálise e das pessoas que a manejam, age como um “furacão” que desestabiliza a vida do indivíduo como um todo. O modo como se manifesta a doença, sua condição crônica, as intensas mudanças na rotina do paciente e de sua família, o ambiente do ambulatório e o prolongado e doloroso tratamento realizado precipitam uma série de consequências, tornando a vida do indivíduo mais suscetível a conflitos e instabilidades.¹⁰

Lima¹¹ ressalta que, para algumas pessoas, o medo de viver uma vida insatisfatória lhes parece tão intolerável quanto o medo da morte iminente. E a morte de pessoas que compartilham o mesmo tratamento agrava ainda mais esse sentimento.

Os discursos revelam que muitos utilizam a força divina como forma de enfrentamento da doença.

“Deus tem me dado força, né, pra eu estar aqui”
(sic) G.M.P.

Da mesma forma, Lima¹¹ identifica em seu estudo a importância da fé em um ser superior, que aparece nas narrativas como fonte de esperança e força, para o enfrentamento das situações difíceis e conformação perante os fatos que não podem ser modificados.

Entre a variedade de estratégias para o enfrentamento de agentes estressores demonstradas por Klang¹², estão incluídas o esforço para a manutenção do controle, a busca por mais informações sobre a situação e a manutenção da esperança. Esse autor sugere que a forma de enfrentamento utilizada varia conforme a experiência de vida, religião, cultura e fatores genéticos.



Adam e Hezlich¹³ realçam que em diversos níveis as estratégias a serem desenvolvidas pelos doentes consistirão em renegociar certa forma de ordem nas diferentes esferas da vida social. Esses autores citam o termo “normalização do estilo de vida” no sentido de readaptação na visão médica, no que se refere a conviver com a doença. Porém, a normalização nunca será um retorno ao estado anterior, mas um conjunto de ações e interpretações na construção de uma “nova atitude natural” que deve estar de acordo com os valores dos indivíduos envolvidos.

O apoio oferecido a esse cliente e suas crenças auxiliam na forma como os mecanismos de enfrentamento serão utilizados frente aos problemas.¹⁴ Muitos apresentam mecanismos insuficientes para a superação das incertezas e dificuldades e exacerbam sentimentos de tristeza, fragilidade e revolta.

Martins e Cesarino¹⁵ descrevem que o doente renal crônico necessita de suporte formal e informal para ter o cuidado. Segundo Sluzki¹⁶, as redes de suporte possuem as atribuições de companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; e acesso a novos contatos. Conforme essas redes estejam estruturadas, haverá maior ou menor impacto no cotidiano dessas pessoas.

Categoria 2 - Ser renal crônico: (des)conhecimento sobre a doença

Os relatos demonstram que, antes do diagnóstico, muitos não têm conhecimento sobre a DRC, conforme se pode observar na fala: “*não sabia nem se existia essa doença*”. Mesmo após iniciarem o tratamento dialítico, muitos ainda apresentam grande desinformação.¹⁷

Essa desinformação é detectada nos relatos: “*o que eu sei é que eu fiz a biópsia e ela disse que eu sou renal crônica*”, “*se eu não fizer um transplante eu vou ficar todo tempo doente, até quando morrer*” (sic).

Isto não necessariamente representa negligência da equipe no fornecimento de informações sobre a doença, considerando que nas falas dos pacientes muitas vezes são mencionados termos próprios dos profissionais de saúde.

A dificuldade encontrada pelos pacientes em compreender e interpretar as orientações fornecidas pelos profissionais pode decorrer da forma como as mesmas são passadas, abstrata e longe da realidade.¹⁷

Neste contexto, é imprescindível a utilização de linguagem adequada na assistência ao paciente renal crônico, a fim de garantir a compreensão das informações transmitidas. É por meio da comunicação que é possível compreendê-lo como um todo, seu modo de pensar, sentir e agir, de modo a ajudá-lo a reequilibrar-se mais rapidamente.¹⁸

Outro aspecto que pode ser considerado é o excesso de informações num momento traumático, contribuindo para uma parcial assimilação. O grau de assimilação e de adesão ao tratamento é sempre diversificado e, com o passar do tempo, a pessoa absorve informações recebidas dos profissionais, de outros pacientes e dos meios de comunicação, além de acumular mais conhecimentos sobre a doença e seu tratamento. Dessa maneira, tornam-se mais confiantes e estabelecem critérios para avaliar o progresso do seu tratamento, como: grau de alívio dos sintomas; grau de independência nas atividades diárias; intensidade dos efeitos colaterais ou adversos; tempo, dificuldades ou restrições impostas; e grau do constrangimento imposto pelo tratamento.¹¹

Essa situação demonstra a necessidade da equipe em se certificar sobre o nível de compreensão obtido pelo paciente, além de identificar possíveis fatores que obstaculizem a adesão ao tratamento, pois observa-se, no dia-a-dia, comportamentos de negligência ao tratamento, como a grande ingestão de líquidos, alimentação inadequada e comparecimento irregular às sessões de hemodiálise.

Pedroso e Sbardelloto¹⁹ informam que a adesão representa o comportamento do paciente diante da situação estressante que a doença crônica acarreta. O paciente pode vincular-se à hemodiálise dependendo do modo como percebe a doença, do conhecimento dos efeitos do tratamento, dos fatores psicossociais envolvidos e de sua motivação.

A adesão ao tratamento hemodialítico associa-se também à personalidade do paciente, o qual imprime suas características pessoais que interferem diretamente na sua percepção do suporte social recebido e na sua qualidade de vida⁸.

O suporte social percebido e recebido pelo paciente renal crônico é essencial para a sua adesão ao tratamento, que significa aderir à dieta, à diálise e à medicação¹⁹. Daí a importância do apoio dos familiares e amigos, pois o tratamento dialítico não se resume à máquina, é um processo que se estende ao longo da vida. São mudanças de hábitos e comportamentos buscando melhorar a saúde como um todo, envolvendo também as pessoas que dão assistência ao doente.²⁰



Categoria 3: Mudanças na vida dos pacientes: minha vida é essa, hospital

Considerando que a DRC é lenta e progressiva, ocorrem processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem os sintomas da doença.²¹ Com a falência renal funcional, geralmente é instituída a TRS³. Nessa fase, os pacientes apresentam inúmeros sintomas perceptíveis, retratados nas falas dos entrevistados, tais como: tontura, dor de cabeça, dor nas costas, cansaço, fraqueza, hipotensão.⁵

“[...] semana passada que eu saí com a pressão muito baixa, aí eu fiquei com medo, porque quando a pressão tá baixa, a pessoa fica fraquinha, né? Eu já perdi a minha primeira fístula porque minha pressão caiu [...]” (sic) V.G.A.

Além das alterações clínicas, o portador de DRC apresenta mudanças físicas, como a alteração da cor da pele e hipertrofia da FAV. Essa condição é facilmente percebida por outras pessoas e influencia na autoimagem, de modo que muitas pessoas utilizam somente camisas de manga comprida a fim de esconder o braço com a FAV.

Ramos *et al.*⁹ preconizam que mudanças físicas perceptíveis podem provocar sentimentos de diferença e inferioridade em relação a pessoas saudáveis, afetando a autoestima desses pacientes. A fala dos entrevistados retrata a dificuldade em lidar com essas situações.

“[...] tem pessoas que têm muito preconceito, tem umas que não sabe nem o que é hemodiálise, aí quando eu saio fica todo mundo perguntando: o que é isso no teu braço? Isso é furúnculo? [...] aí fico com raiva...” (sic) P.P.S.

Doenças crônicas desqualificam as pessoas portadoras, tornando-as objeto de estigmatização. Traços depreciativos visíveis levam o portador do estigma, fora do padrão de normalidade, a aceitar os valores sociais vigentes de forma a sentir vergonha e utilizar como estratégia a exclusão da vida social e abandono de atividades que impliquem contato com outras pessoas.¹³

Verificam-se, entretanto, pessoas que preferem expor a FAV para que não sejam machucados por desconhecidos nos transportes coletivos e revelam não se importar com a curiosidade dos demais. Tais comportamentos demonstram a variedade de reações que ocorrem entre os indivíduos.

Carneiro²² relata que a DRC impõe rigoroso e prolongado tratamento, muitas vezes representa a perda do corpo saudável e ativo, perda de autonomia, perdas sociais (emprego, estabilidade econômica, limitação de atividades), mudança de papéis familiares, alterações na vida afetiva, relação de dependência (profissionais de saúde, familiares, máquina de HD). Muitas dessas características foram evidenciadas na amostra estudada, constatando-se o quanto a DRC afeta o cotidiano desses indivíduos.

De acordo com Guimarães²³, a doença e todo o estresse gerado pelo tratamento podem levar os pacientes a desencadear diferentes sentimentos (medo, insegurança, ansiedade), ficarem deprimidos, com autoestima baixa e sensação de inutilidade, pois são afastados de suas relações cotidianas, ficam ociosos, com toda a atenção voltada para a doença.

“[...] não saio, a minha diversão é só pra cá, de casa pra cá e daqui pra casa, não tenho vontade de sair não, ficar só em casa mesmo, quando eu saio daqui eu fico deitada no... a tarde todinha, aí no outro dia não dá vontade de sair, porque no outro dia já tem...já é pra vim pra cá de novo, e é só isso, a minha vida é essa, hospital, do hospital pra casa, da casa pro hospital, só.” (sic) G.M.P.

Na maioria das vezes, a rotina do portador de DRC se restringe a consultas médicas, sessões de HD três vezes por semana, dietas²⁴ e execução de atividades pouco significativas.²⁵ Muitos pacientes manifestam esse comportamento, em que passam a viver em função do tratamento e se abstêm de uma vida ativa e funcional. O paciente renal crônico percebe a hemodiálise como uma situação que tira seu vigor, sua liberdade, gera mudança de comportamentos e hábitos, o que, conseqüentemente, ocasiona transtorno à sua vida.

As narrativas deste estudo mostram mudanças no estilo de vida e limitações que a doença impõe.

“Ah... mudou pra pior, porque agora não posso mais fazer as coisas que eu gostava de fazer [...]” (sic) F.J.S.

“Venho me privando de muita coisa, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo [...] não tem que comer certas coisas mais, muito chato!” (sic) P.P.S.

Constata-se, mediante os achados, que a hemodiálise exige adaptações a novos hábitos e comportamentos. Assim, as atividades sociais e outras ocupações referentes ao viver são dispensadas, pois se prioriza a satisfação de outras necessidades essenciais à sobrevivência.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida dos portadores de DRC é marcada por ruptura e imposição de severas limitações ao cotidiano, gerando modificações de seus hábitos e estilos de vida/ comportamentos.

A doença leva muitos pacientes a apresentarem sensação generalizada de mal-estar, desinteresse pelas atividades cotidianas, sentimentos de medo, frustração e insegurança, além de dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais.

Considerando-se que a vida desses sujeitos gira em torno da HD e que o tempo gasto com esse tratamento é muito expressivo, tornam-se importantes iniciativas com abordagem multiprofissional voltadas para minimização de efeitos negativos da doença.

Essas abordagens devem contemplar preparação para recebimento do diagnóstico e acolhimento dos pacientes e familiares, orientações sobre a doença e tratamento seguido de certificação do nível de compreensão do paciente, suporte social, orientações para a realização de atividades de vida diária (AVDs), além de incentivo à postura mais ativa diante do tratamento e do cotidiano.

Diante disso, verifica-se que o portador de DRC precisa ser visualizado em sua totalidade, respeitando-se a individualidade e história de vida de cada um. Para tal, faz-se necessária a valorização da sua fala e discussão da vida cotidiana, reinserção no contexto familiar e social, reconstrução da cidadania, enfim, que seja dado um enfoque biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- Boing AC, Boing AF. Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*. 2007; 14(2):84-8.
- Laurenti R.A. mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(4):349-66.
- National Kidney Foundation-NKF K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39(Suppl 2):1-266.
- Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.
- Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Thomas CV, Alchieri JC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Aval Psicológica*. 2005; 4(1):57-64.
- Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLO. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci. Health Sci*. 2008; 30(1):73-9.
- Cayres AZF, Gióia-Martins D. Em busca de novas estratégias terapêuticas em ambiente hospitalar: o uso da caixa de atividade como instrumento interventivo com pacientes renais crônicos. *Bol Inic Cient Psicol*. 2000; 1(1):14-22.
- Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- Klang B, Bjoivell H, Cronqvist A. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scand J Caring Sci*. 1996; 10(2):89-95.
- Adam P, Hezlich C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru (SP): EDUSC; 2001.
- Lima AFC, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing*. 2000; 3(30):20-3.
- Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(5):670-6.
- Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Rev Latino-am Enferm*. 1998; 6(4):31-40.
- Stefanelli NC. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. São Paulo: EDUSP; 1992.
- Pedroso RS, Sbardelloto G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Psicópio: Rev Virtual Psicol Hospit Saúde*. 2008; 4(7):32-5.
- Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kid Dis*. 2001; 37(2):244-66.
- Romão Júnior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*. 2004; 26(Supl.1):1-3.
- Carneiro D. Três textos sobre a prática em grupo operativo no Serviço de hemodiálise do Hospital Geral de Fortaleza. 2001. [Citado em 2007 abr. 04]. Disponível em: <http://www.campogrupal.com/grupooperativo.html>.
- Guimarães WA. Terapia Ocupacional na Unidade de Internação do HC/UFMG – Hospital-Geral Universitário. *Cad Terap Ocup*. 1998; (1):114-27.
- Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(6):823-31.
- Gomes CMA. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Rev Méd Minas Gerais*. 1997; 7(2):60-3.

Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Different ways of working and expressing the humanization at Hospital de Clínicas in Porto Alegre

Ana Valéria Furquim Gonçalves¹, Márcia Ziebell Ramos²

RESUMO

¹Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Membro do Grupo de Trabalho em Humanização

²Mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS, Psicóloga do Serviço de Psicologia do HCPA, Membro do Grupo de Trabalho em Humanização do HCPA.

Este artigo retrata como o processo de Humanização está sendo interiorizado pelos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O objetivo é destacar e analisar ações humanizadoras a partir da percepção dos trabalhadores, representadas em uma mostra de trabalhos que resultaram do II Encontro Pró-Humanização do HCPA, estabelecendo uma relação com os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa em que foi realizada a análise de documentos. As ações foram representadas por meio de fotos, pinturas, mensagens, desenhos e maquetes expostas em uma rede, simbolizando o trabalho em conexão desse hospital. A rede, como dispositivo, salientou interpenetrações e articulações das experiências e suas possíveis expressões. Os dispositivos contemplados foram: ambiência, acolhimento, cogestão e saúde do trabalhador. A variedade de materiais expostos e os diferentes modos como foram construídos nos grupos e escolhidos para representarem “ações de humanização” mostram a potência da singularidade e os impensáveis efeitos que o estímulo à sua expressão possa ter expressão da humanização como os entrelaçamentos que se dão entre usuários e trabalhadores, como a busca de espaços solidários e autogestivos e como algo da ordem do singular, mas também do coletivo. Neste sentido, a mostra, a partir da rede, mostrou-se transversal ao disparar um processo conectivo entre os grupos e as ações, provocando desde o estranhamento até o reconhecimento por e através da livre manifestação em relação às experiências de humanização desenvolvidas pelas áreas.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Humanização da Assistência; Assistência à Saúde; Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

This article shows how the Humanization process is being internalized by the staff in the Hospital das Clínicas in Porto Alegre (HCPA). The aim is to highlight and analyze the humanization actions from the staff perception, in a sample of works that resulted from the II Meeting Pro-Humanization of Porto Alegre Hospital das Clínicas / II Encontro Pró-Humanização do HCPA, establishing a relation with the dispositions of the National Humanization Policies / Política Nacional de Humanização (PNH). It is a case study of qualitative nature where the documents analyzes was carried out. The actions were represented by means of photographs, paintings, messages, drawings and models displayed in a network, as the symbol of this hospital related work. The network, as a device, highlighted the experiences interpenetration and articulations and their possible expression. The devices were: the environment, reception, co-management and worker health. The variety of the displayed material and the different ways they were built in the groups and selected to represent “humanization actions” show the power of singularity and the unthinkable effects that the stimulus to its expression

Estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para correspondência:
Ramiro Barcelos, 2.350, bairro Rio Branco,
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Serviço de Emergência
E-mail: avgoncalves@hcpa.ufrgs.br
Cep: 90035003

may have humanization expression as the interactions among the users and the staff, as the search for the solitary and self-suggestive spaces and as something from the singular order, but also from the collectivity. In this sense, the exhibition, from the network, showed to be transversal while triggering a connective process among the groups and the actions from the interaction up to the acknowledgement by means of the free expression in relation to the humanization experiences developed in the areas.

Key words: Public Health Policies; Health Care Humanization; Health Care; School Hospitals.

INTRODUÇÃO

Este artigo retrata como o processo de humanização está sendo interiorizado ou percebido pelos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a partir de um conjunto de ações referentes a esta temática, que foram resultado de uma mostra de experiências apresentadas no II Encontro Pró-Humanização do HCPA que ocorreu em outubro de 2007.

No plano das políticas públicas de saúde, o governo vem se empenhado fortemente na implementação de ações que viabilizem práticas humanizadoras nos serviços destinados a este fim. Para tanto, em 2004 se estabeleceu a Política Nacional de Humanização (PNH), potencializando um movimento pró-humanização já disparado em especial nas instituições hospitalares, referentes ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) instituído em 2000.¹ A PNH busca qualificar o atendimento dispensado aos usuários, trabalhadores e familiares e resgatar o prestígio do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como desafio desidealizar o homem, ou seja, pensá-lo em um plano comum, a partir de experiências concretas de vida.²

A PNH, a partir de seus princípios e conceitos centrais: transversalidade, rede e grupalidade, atua no sentido da valorização dos diferentes sujeitos e sua dimensão subjetiva, instiga a autonomia e o protagonismo destes, bem como o fortalecimento do trabalho em equipe e o grau de corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva, firmando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão.³

Sendo assim, os serviços devem se dedicar à produção de saúde a partir das necessidades individuais e dos coletivos. Para a viabilização desses princípios, a PNH utiliza dispositivos compreendidos como modos de fazer, que são postos a funcionar envolvendo os coletivos rumo a transformações nos modelos assistenciais e gerenciais vigentes⁴

O mais recente documento publicado pelo Ministério da Saúde ressalta os seguintes dispositivos como ferramentas para o desenvolvimento de ações de humanização.⁵

1. Acolhimento com classificação de risco: modo de operar os processos de trabalho, orientando para um bom relacionamento entre todos que participam do processo de promoção da saúde. Deve fazê-lo com base na postura ética, compartilhamento de saberes e comunicação adequada entre os atores envolvidos. Neste sentido, a PNH propõe ferramentas como fluxogramas, protocolos e agendamentos.
2. Equipes de Referência e de Apoio Matricial: arranjo organizacional que busca redesenhar o poder nas instituições quanto à assistência aos usuários, que hoje segue de forma fragmentada, propondo um trabalho interdisciplinar. O apoio matricial é um modo dinâmico e participativo que funciona como retaguarda especializada para equipes e demais trabalhadores.
3. Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: são condutas terapêuticas ofertadas ao usuário não apenas focadas no processo de doença, mas sim compreendendo o universo no qual o sujeito está inserido; são articuladas ações interdisciplinares e o apoio matricial pode ser acionado quando necessário.
4. Projetos de Construção Coletiva de Ambiência: refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Citam-se como exemplos iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças.
5. Colegiados de Gestão: viabiliza a participação dos trabalhadores junto à gestão em relação à tomada de decisões e discussão sobre os processos de trabalho.
6. Programa de Formação em Saúde e Trabalho: propõe atividades pautadas no paradigma da educação permanente, uma nova relação entre os trabalhadores de saúde, havendo encontros e diálogos críticos entre o saber e a prática por meio de reuniões de equipe, pesquisa, atividades de análise.

A educação permanente parte do princípio de que as práticas educativas devem envolver conhecimento, participação, valores, relações de poder, formas de organização do trabalho, em

- que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho.⁶
7. Sistemas de Escuta Qualificada: é uma ferramenta gerencial utilizada pelos trabalhadores e usuários, que identifica problemas, aponta críticas e atua como facilitadora nas relações.
 8. Visita aberta e direito a acompanhante: os serviços devem dispor de espaços para participação e permanência do familiar junto ao usuário.
 9. Gerência de porta aberta: tem o intuito de aumentar o grau de comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários por intermédio de ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação.
 10. Câmara Técnica em Humanização: grupos de trabalho que estudam, discutem, definem e avaliam ações de humanização a partir dos dispositivos da PNH.
 11. Grupo de Trabalho em Humanização (GTH): espaço coletivo organizado formado por diversos profissionais, com a premissa de implantar, estimular e fortalecer ações voltadas para a valorização do ser humano em um serviço de saúde.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem como missão prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, tendo como meta em seu processo de gestão a humanização.⁷

Em 2005, o HCPA formalmente instituiu o GTH composto de representantes das diversas áreas e categorias profissionais do hospital, com o intuito de trabalhar os processos de gestão e assistência à luz dos princípios e dispositivos da PNH. Desde então tem desenvolvido ações no sentido de mobilizar os coletivos em relação à humanização das práticas de atenção e gestão. Cabe aqui destacar a rede de contatos que se caracterizou por um trabalho de sensibilização nos setores e de identificação de atores e ações convergentes com a política da humanização, buscando implantar os dispositivos da PNH. A rede foi utilizada como estratégia metodológica para a implantação da Política Nacional de Humanização no HCPA. Neste sentido, seu objetivo é a potencialização dos processos de comunicação nas relações institucionais e nos modos de fazer gestão.

Seguindo essa perspectiva, o GTH realizou, em outubro de 2007, o II Encontro Pró-Humanização do HCPA, no qual 669 inscritos provenientes das diversas regiões do estado e Santa Catarina estiverem presentes. Nos encontros preparatórios para o II Encontro, a rede de contatos foi chamada a produzir coletivamente uma mostra de experiências em humanização, podendo manifestar seu trabalho livre e simbolicamente, congregando áreas e sujeitos mobilizados e interessados nesta temática.

A partir da rede de contatos, o GTH trabalhou para que as ações fossem gestadas no interior de cada equipe, com a participação e o comprometimento de todos os envolvidos nos processos de trabalho, entendendo a rede como um sistema acêntrico, hiperconectivo e amplificador, representado pelas redes de trabalhadores, dos serviços e da vida.⁸

As diversas ações humanizadoras que estão sendo realizadas no hospital foram representadas em uma mostra por meio de fotos, pinturas, mensagens, desenhos e maquete expostos em uma rede, simbolizando o trabalho em conexão dessa instituição. As ações apresentadas retratam o modo como nesse momento a temática da humanização está sendo tomada pelos grupos de trabalho no hospital.

O GTH, desde a sua implantação, buscou trabalhar a humanização para além do senso comum, de modo que as ações fossem fruto e refletissem cada ato dirigido aos pacientes, trabalhadores e familiares.

O presente estudo tem como objetivo destacar e analisar as ações humanizadoras desenvolvidas no HCPA a partir da percepção dos trabalhadores, representadas na mostra de trabalhos do II Encontro Pró-Humanização, estabelecendo relação com os dispositivos da PNH.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, sendo realizada uma análise de documentos e categorização dos dispositivos a partir do material exposto na mostra que se encontra sob a forma de registros junto ao GTH do HCPA.

A opção pelo estudo de caso de natureza qualitativa deu-se à compreensão que temos de que é *“uma categoria de pesquisa, em que o objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”*.^{9:133}

Segundo Mynaio¹⁰, os estudos de casos são de relevância em investigações de processos em de-

envolvimento, além de proporcionar um exame circunstancial dos mesmos, possibilitando a compreensão do impacto da aplicação de medidas em um determinado espaço social.

A mostra de experiências em humanização aconteceu no II Encontro Pró-Humanização do HCPA e se constituiu em uma exposição de trabalhos que foram construídos por diferentes equipes do hospital, representando o modo como a humanização, por meio dos seus dispositivos, tem sido trabalhada nas respectivas áreas.

Os diferentes materiais expostos, fotos, maquetes, objetos de trabalho, cartas, rotinas, entre outros, foram afixados numa REDE de pesca que, como pano de fundo, se propôs a capturar, provocar e expressar o entrelaçamento das ações. “*Entrelaçado de fios (de linho, algodão, fibras artificiais ou sintéticas), cordões, arames, etc., formando uma espécie de tecido de malha aberto, composto em losangos ou em quadrados de diversos tamanhos*”^{11:2406}

Utilizada para diversos fins, a rede se produz de um entrelaçamento, de justaposições, de nós, de tramas, de encontros e de desencontros. Possibilita conexões impensáveis e inusitadas ao unir por vezes pontos distantes ou até mesmo divergentes. E protagoniza a possibilidade de construção do novo. Entende-se a rede como um grupo, como espaço de produção e criação. Redes que produzem sentidos e sujeitos, construindo os caminhos e as histórias dos coletivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os materiais expostos na rede estão apresentados no Quadro 1, de acordo com a área de origem, o dispositivo a que se refere e a ação de humanização que representa.

Os dispositivos contemplados pelas áreas são identificados como ambiência, acolhimento, cogestão e saúde do trabalhador. Observa-se que os efeitos das ações descritas podem repercutir de modo a amplificar seus objetivos, fazendo com que mais de um dispositivo ao mesmo tempo estejam sendo utilizados. A variedade de materiais expostos e os diferentes modos como foram construídos nos grupos e escolhidos para aqui representar “ações de humanização” mostram a potência da singularidade e os impensáveis efeitos que o estímulo à sua expressão possa ter.

Foram expostos brinquedos produzidos por e com as crianças internadas, toucas coloridas e per-

sonalizadas a serem usadas pelos trabalhadores nas áreas fechadas: bloco cirúrgico e centro obstétrico, garrotes de diferentes cores e adesivos utilizados nas coletas, experiências com diferentes técnicas e recursos que buscam o conforto, o alívio da dor, fotografias que captam imagens e expressões únicas e inusitadas das atividades e entrelaçamentos que se dão entre usuários e trabalhadores.

Também foram apresentadas experiências voltadas para a atenção e valorização da saúde do trabalhador, pensando no funcionário novo, no funcionário doente e na prevenção nos locais de trabalho. As Rodas de Conversa, o Grupo *Bee* (abelha) do Serviço de Pediatria, os Boletins Informativos sobre saúde e trabalho, o Projeto Integrar¹² desenvolvido junto aos funcionários recém-admitidos e fotografias que registram as atividades realizadas no dia do Auxiliar de Processamento de Roupas (data escolhida pelo grupo de trabalhadores da lavanderia do hospital), que, no sentido de valorizar seu trabalho e seu ofício, criaram o seu dia.

Representam o fluxo e o movimento dos grupos de trabalho no hospital no sentido dos modos de ser e estar no trabalho. As diferentes e até mesmo contrastantes experiências apresentadas refletem as particularidades de cada grupo, mas convergem para a busca de espaços solidários e autogestivos. Cabe aqui destacar alguns termos - *Rodas, Grupo Bee, Integrar, Informativo, Dia do* – que produzem sentido na medida em que são escolhidos para nomear ações identificadas como humanizadoras. Esses termos falam de um modo de compreender a humanização como algo do coletivo, mas também único, como algo a ser construído e a ser compartilhado pelo e através do grupo, ou seja, como transversal.

Essa transversalidade é também manifestada pelos momentos e espaços de expressão e escuta que aparecem na forma de oficinas, cartas, comunidade no *orkut*, cartões de aniversário e processos de trabalho tais como o acolhimento implantado no Serviço de Emergência, Centro Obstétrico e Unidade Básica de Saúde do HCPA. A aposta coletiva da humanização é representada pelos grupos e pelas reuniões desenvolvidas junto aos usuários e trabalhadores, cujo exercício da cogestão é que impulsiona o trabalho dos grupos. Entende-se que cogestão é uma diretriz ética e política que propõe uma gestão voltada para o trabalho em equipe, em que realmente as ações sejam avaliadas, planejadas, executadas e cujas decisões tomam forma a partir do compartilhar da coletividade.¹³

Quadro 1 - Ações de humanização apresentadas pelas áreas do HCPA no II Encontro Pró-Humanização realizado em 2007.

Áreas	Dispositivos	Ações	Material exposto na Rede
Serviço de Coleta Laboratorial	Acolhimento e Ambiência	Implantação do acolhimento aos usuários, a área disponibiliza de materiais específicos para coleta pediátrica, adulta e para pacientes especiais, como brinquedos e material de leitura na sala de espera.	Cartazes com fotos
Unidade Básica de Saúde	Acolhimento	Implantação do acolhimento e da medicina familiar e comunitária.	Folder e fotos
Serviço de Processamento de Roupas	Ambiência	Encontros para discussão do processo de trabalho, comemoração do dia do auxiliar de processamento de roupas, confraternizações em datas comemorativas.	Fotos dos funcionários e cartaz com a data do dia auxiliar de processamento de roupas.
Emergência	Acolhimento Co-Gestão	Reuniões sistemáticas do grupo de trabalho	Fotos do acolhimento dispensado aos usuários e aos funcionários recém-admitidos, Rodas com trabalhadores.
Associações Internas de Profissionais	Co-Gestão	Reuniões sistemáticas entre os representantes das associações e administração central.	Carta de intenções pró-humanizações
Pediatria	Ambiência Acolhimento	Pesquisa de Opinião dos usuários. Projeto de Pesquisa: Avaliação das ações Humanizadoras desenvolvidas pela pediatria Grupo BEE Reuniões Equipe de enfermagem:Tema O Cuidado Grupo de pais da pediatria: Troca de experiências, formação de vínculos	Cartaz dos direitos da criança e adolescente e fotos da unidade. Colméia de abelhas: "As abelhas trabalham em equipe visando o bem comum". Cartaz em forma de quebra-cabeça. Pássaros da paz, cartaz com rostos de familiares.
Centro Obstétrico		Implementação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor pela equipe de enfermagem e analgesia obstétrica disponível para todas as pacientes. Garantia do direito da mulher.	Mural de datas de aniversários, fotos de trabalho de parto e touca personalizada para bebês.
Coordenadoria de Gestão de Pessoas	Ambiência Acolhimento	Qualificação dos espaços de trabalho adequando-os às necessidades dos funcionários. Melhora no processo de atendimento aos funcionários em afastamento do trabalho pelo SUS e pelo programa de reabilitação. Acolhimento de todos os novos funcionários do hospital, através do programa INTEGRAR, em parceria com demais áreas do hospital.	Fotos do atendimento e do ambiente de trabalho proporcionando um atendimento mais humanizado
Serviço de Nutrição e Dietética	Ambiência	Melhoria na área física, festas temáticas.	Fotos e depoimentos dos usuários do serviço quanto ao cuidado humanizado.
Serviço de Recreação Terapêutica	Ambiência	Projeto de atendimento lúdico para pacientes em atendimento na emergência (adulto e infantil).	Brinquedos confeccionados nas oficinas e recreação, tendo o objetivo o retorno dos pacientes as atividades cotidianas pós- alta.
Grupo de Pesquisa e Pós-graduação	Ambiência	Confecção de cartões e mensagens aos aniversariantes, por iniciativa de uma integrante da equipe de trabalho.	Cartões personalizados aos aniversariantes
Escola Técnica de Enfermagem do HCPA	Ambiência	Humanização das ações e intervenções educativas com objetivo de alívio do stress hospitalar e ajuda na recuperação do paciente.	Árvore com folhas e frutos com frases com as atividades da escola.
Hemodiálise	Acolhimento	Acolhimento dos pacientes através de várias ações como a hemodiálise <i>orkut</i> .	Pôsteres com fotografias, desenhos e materiais feitos pelos pacientes.
Serviço Social		A humanização implica a construção de um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes, construindo trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.	
Unidade do Bloco Cirúrgico	Ambiência		Toucas coloridas e fotos da decoração pediátrica
Unidade de Internação	Saúde do trabalhador	Construção compartilhada de tarefas e uma posterior análise dos processos de trabalho.	Cartaz e rodas de conversa

...continua

...continuação

Segurança	Acolhimento		Cartaz e fotos com as atividades de acolhimento na recepção.
Serviço de Medicina Ocupacional	Saúde do trabalhador	Ações de atenção e prevenção a saúde desenvolvidas nos locais (ambientes) de trabalho.	Boletins com informações de saúde, elaborados especialmente para a população de determinada área.
Centro de Terapia Intensiva Adulto		Trabalhar em equipe com ética, valorização e humanização. Comprometer-se com a saúde	Cartaz e maquete da CTI. Fotos do CTI após reforma.
Grupo de Teatro Refletir		Participar, dividir, multiplicar e sonhar com aqueles que convivemos todos os dias.	Cartaz com fotos e máscaras de teatro.
Maternidade 11º Sul Unidade de Interação Neonatal		Humanizar é integração com todas as equipes, valorização dos profissionais, reunir a equipe, prestar atendimento qualificado.	Fotos, folhas com programação de atenção para recém nascido e recomendações. Cartazes em forma de carrinho de bebê, fotos e frases.

Estas foram algumas das experiências escolhidas que destacam o modo de pensar a humanização a partir da singularidade dos grupos e equipes, entendendo a humanização mais como uma ferramenta capaz de transversalizar os fluxos e os acontecimentos e como modo de pensar e produzir, do que como uma prática humanitária e caritativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os tantos tipos de objetos e outras formas de manifestação presentes na mostra tiveram deliberadamente como pano de fundo uma rede caracterizando o entrelaçamento dos dispositivos e dos inúmeros sentidos produzidos por e sobre a humanização no hospital. As redes de contato aqui descritas habitam o espaço hospitalar. Local de tratamento de doenças e de produção de saúde, de muitos fazeres e saberes que, por vezes, ao funcionar de forma disciplinarizada e hierarquizada, distancia seus diferentes atores no cotidiano. Assim, a proposta foi conectar, aproximar e produzir encontros.

A rede visibilizou o entrelaçamento dos dispositivos que, quando ali representados, aparecem enredados, de modo que algumas de suas expressões, tais como as coletivas, se “misturam”, chegando a se (con) fundir. Assim, algo inicialmente nominado como saúde do trabalhador pode expressar cogestão; acolhimento pode representar a ambiência; e tantos outros entrelaçamentos quanto forem possíveis poderão ali ser identificados.

As experiências foram potencializadas na medida em que, a partir deste trabalho, buscou-se transversalizar no sentido de um grau máximo de comunica-

ção e “*de abertura que garante as práticas de saúde à possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados*”,^{2:393}

A mostra de experiências do II Encontro Pró-Humanização do HCPA foi organizada de modo a disparar um processo conectivo entre os grupos e as ações, provocando desde o estranhamento até o reconhecimento através da livre manifestação em relação às experiências de humanização desenvolvidas pelas áreas. A rede como dispositivo apontou as interpenetrações e articulações entre essas experiências e as expressões possíveis das mesmas. Desta forma, dá visibilidade aos modos de gestão e atenção expressados na forma de como os grupos tomam a questão da humanização no dia-a-dia do seu trabalho no hospital.

REFERÊNCIAS

1. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB, Gobbi A. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um Hospital Universitário. Bol Saúde, Porto Alegre. 2006; 20(2):135-44.
2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo. Interface - Comunic, Saúde. 2005; 9(17):389-406.
3. Santos Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HUMANIZASUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p.73-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. 4ª ed.. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Textos Básicos de Saúde.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de dezembro de 1994, n. 32, seção 1, p. 19.31-19.302.2004.
7. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Missão Institucional. [Citado em 2008 jan. 04]. Disponível em: www.hcpa.ufrgs.br.
8. Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *working-paper* apresentado na Research Conference on: Rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. Center for Iberian and Latin American Studies. University of California, San Diego. 2004. [Citado em 2008 set. 12]. Disponível em: <http://www.corposem.org.rizoma/>.
9. Triviños AS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
11. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
12. Projeto Integrar. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Citado em 2008 out. 23]. Disponível em www.hcpa.ufrgs.br.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa co-gestão. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Espaço de Sala de Espera: informações em saúde, desenvolvimento e comportamento infantil

Waiting Room: health information, child development and behavior

Zélia Araújo Cotta Coelho², Marcella Nunes Fernandes¹, Isabella Freitas da Silveira¹, Flahiza Marques Afonso da Silva¹, Fernanda Castro Costa¹, Maisa Francino Cardoso¹, Lívia de Castro Magalhães³

RESUMO

Introdução: propostas de humanização no cuidado, em uma perspectiva centrada no cliente, com ênfase na assistência integral à tríade mãe/filho/família, têm sido foco de discussão entre os profissionais e instituições de saúde que prestam assistência ao recém-nascido pré-termo. **Objetivos:** levantar a frequência de queixa de sinais de agitação em crianças pré-termo de um a três anos e a necessidade de orientação aos pais, tendo como base o registro em prontuário. **Método:** a amostra consistiu de 132 crianças, que iniciaram o programa de acompanhamento no Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) no ano de 2004. Foram obtidos os registros de problemas de comportamento, resistência a limites e dificuldade para focar a atenção durante as consultas de acompanhamento. **Resultados:** verificou-se que os principais sinais registrados foram agitação e irritação, comportamento de birra, pouca colaboração durante as avaliações, resistência a limites e a atendimento de solicitações e regras e dificuldade para focar a atenção durante as consultas de acompanhamentos. **Conclusão:** os resultados indicam a necessidade de orientação preventiva aos pais de crianças pré-termo sobre manejo do comportamento. Foi elaborada cartilha informativa, sendo utilizada como guia de orientação para informar aos pais como estabelecer limites aos filhos por meio de condutas firmes e coerentes, sem excesso de autoridade ou castigos. Esse recurso tem sido bem avaliado pelas famílias, possibilitando discutir e refletir sobre condutas e atitudes frente aos comportamentos inapropriados das crianças em situações do dia-a-dia.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Assistência Integral à Saúde; Comportamento; Prematuro; Criança; Orientação Infantil.

ABSTRACT

Introduction: proposals for health care humanization focused on the patient, emphasizing the comprehensive health care of the triad mother/child/family, have been focused on discussions among health professionals and institutions that provide health care to pre-term newborns. **Objectives:** to assess the frequency of complaints about signs of agitation in pre-term children from one to three years old and the need for orientation to the parents based on the records. **Method:** the sample included 132 children that started in the follow up program at the Risk Child Ambulatory /Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) in 2004. The records of behavior problems, resistance to limits and attention difficulties during follow up consultations were used. **Results:** the main signs found were restlessness and irritation, stubbornness, poor cooperation during evaluation, resistance to limits and rules, and difficulties to direct attention during follow up consultations. **Conclusion:** the results indicate the need for preventive guidance to the parents of the pre-term children about behavior management. An information booklet was prepared, to be used as guidance to inform parents about how to set limits to the children by means of

¹Acadêmicas de Terapia Ocupacional da UFMG

²Profª Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG

³Profª Titular do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG

Instituição:

Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço para correspondência:

Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG
CEP: 31270-901
E-mail: zeliacoelho@uai.com.br

firm and consistent behavior without excess of authority or punishment. This resource has been well accepted by the families, making possible the discussion and reflection about behaviors and attitudes in face of children's inappropriate behavior in the day by day situations.

Key words: Health Care Humanization; Health Comprehensive Care; Behavior; Pre-term; Child; Child Guidance.

INTRODUÇÃO

Tendo como objetivo primordial os aspectos biológicos, as unidades de terapia intensiva neonatal têm garantido, nas últimas décadas, a sobrevivência de crianças nascidas com idade gestacional e pesos cada vez menores, antes considerados inviáveis.¹ Procurando transformar e ampliar essa realidade, propostas de humanização no cuidado, numa perspectiva centrada no cliente² e, portanto, com ênfase na assistência integral à tríade mãe/filho/família, tem sido objeto de discussão entre os profissionais e instituições de saúde que prestam assistência ao recém-nascido pré-termo. Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde, destaca-se forte tendência à superação de modelos de atenção exclusivamente voltados para a doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde, isto é, às práticas preventivas, educação em saúde e busca por qualidade de vida.³

Tronchin e Tsunehiro⁴ ressaltam que, diante do risco de morbidade, há necessidade de dar continuidade à assistência e ao trabalho interdisciplinar para garantir qualidade de vida às crianças nascidas prematuras. Scochi *et al.*⁵ pontuaram que os pais dessas crianças também são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos. As mães encontram-se fragilizadas e não se sentem preparadas para cuidar do bebê, superestimando a vulnerabilidade do recém-nascido e tornando-se superprotetoras.⁶ Desta forma, o apoio às famílias durante a internação e após a alta, por meio de acompanhamento ambulatorial, ajuda a minimizar o sentimento de insegurança, especialmente da mãe, diante do risco do filho apresentar problemas no desenvolvimento.

Seguindo a tendência atual de avaliar e acompanhar o desenvolvimento de recém-nascidos de risco, em 1988 uma equipe interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) criou o Ambulatório de Acompanhamento

da Criança de Risco (ACRIAR). Esse programa visa a avaliar e acompanhar sistematicamente, do nascimento aos sete anos de idade, o crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras ou de baixo peso nascidas no HC/UFMG. Esse trabalho de assistência e pesquisa objetiva detectar precocemente possíveis desvios ou atrasos no desenvolvimento, orientar os pais sobre características da criança pré-termo, ensinar princípios básicos de estimulação do desenvolvimento e coletar dados sobre crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas. A equipe interdisciplinar é composta de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pediatras, neuropediatras e assistentes sociais⁷⁻⁹, que buscam fornecer uma escuta qualificada para os usuários com garantia de análise e encaminhamento a partir dos problemas apresentados, como proposto nas políticas atuais de assistência.¹⁰

Durante a espera pelas consultas no ACRIAR, é comum as crianças apresentarem-se ansiosas e agitadas, o que muitas vezes causa cansaço nos pais ou acompanhantes. Buscando melhor acolhimento dessas crianças, em 1997 foi criado, sob coordenação da Terapia Ocupacional, o projeto "Sala de espera - estimulação e recreação em crianças de risco e orientação a seus pais". Essa proposta de trabalho visa a promover um ambiente lúdico e descontraído, no qual as crianças e seus pais possam aguardar pelas consultas de forma agradável e prazerosa e também receber orientações sobre o desenvolvimento infantil, objetivando potencializar o espaço de interação, já existente na instituição, com vistas à promoção de saúde. O projeto "Sala de espera" ocupa o espaço de uma sala no Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG, caracterizando-se como uma atividade de extensão universitária, que conta com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da UFMG. As atividades são coordenadas por uma docente e desenvolvidas com a participação de acadêmicas bolsistas e voluntárias do curso de Terapia Ocupacional da UFMG. Brinquedos e materiais expressivos são disponibilizados às crianças em colchonetes e mesas infantis.

Essa proposta de assistência vem se reorganizando para atender aos objetivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), instituída pelo Ministério da Saúde.¹⁰ Uma das diretrizes dessa política preconiza a "adequação dos serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável". O programa

“reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Neste sentido, as acadêmicas de Terapia Ocupacional se responsabilizam pelo acolhimento e organização do ambiente, que inclui convidar as crianças e incentivar mais interação entre pais e filhos durante o brincar na sala de espera, além de fornecer orientações gerais sobre diferentes aspectos do desenvolvimento infantil por meio de cartilhas. As crianças geralmente permanecem na sala até o momento das consultas e algumas retornam para orientações, quando necessário. Orientações individuais são realizadas sempre que algum membro da equipe, após a realização da consulta, suspeita de questões importantes de comportamento. Também é feita orientação individual quando se observa algum comportamento atípico da criança durante o brincar na sala de espera ou se há demanda espontânea dos pais.

Considerando que recém-nascidos prematuros e de baixo peso estão expostos a vários fatores de risco, resultando em mais morbidade, Bordin *et al.*¹¹ salientaram que a vulnerabilidade da criança nascida pré-termo com muito baixo peso constitui-se em alto risco para o desencadeamento de problemas de desenvolvimento, especialmente nas áreas cognitiva e de adaptação psicossocial, em diferentes etapas evolutivas. A frequência aumentada de transtornos neuromotores entre crianças com história de prematuridade tem sido bem documentada na literatura¹²⁻¹⁵, no entanto, trabalhos recentes também realçam mais frequência de problemas de comportamento, particularmente transtorno de atenção.¹⁵⁻¹⁹ Essas crianças tendem a apresentar, também, atrasos perceptuais, visomotores, de linguagem, dificuldades de leitura e aprendizagem, os quais frequentemente são acompanhados de comportamentos inapropriados em sala de aula. Espírito Santo *et al.*²⁰ avaliaram o desenvolvimento cognitivo e comportamental de crianças pré-termo com baixo peso ao nascimento, em idade pré-escolar e que vivem em país em desenvolvimento e seus achados sugerem prevalência consideravelmente alta de transtornos cognitivos e comportamentais. Nesse estudo, comportamentos relacionados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade-TDAH foram observados em 48% da amostra. Magalhães *et al.*⁷, em estudo realizado no ACRIAR, concluíram em seu estudo que as crianças pré-termo tendem a apresentar pior desempenho em testes perceptomotores e posturais na idade escolar,

sendo que esses problemas podem ter impacto no desempenho escolar da criança.

Uma queixa comum de muitas famílias e dos profissionais do ACRIAR refere-se ao comportamento ansioso e agitado de algumas crianças, o que pode estar relacionado a problemas de comportamento e atenção na idade escolar. Embora tais problemas sejam mais evidentes e de mais fácil diagnóstico na idade escolar, é importante examinar a história de desenvolvimento dessas crianças, para tentar identificar quando aparecem as primeiras queixas sugestivas de comportamento atípico. O presente estudo teve como objetivo fazer levantamento da frequência de relato de problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo acompanhadas no ACRIAR, tendo como base o registro nos prontuários. Foi feito levantamento retrospectivo da frequência de queixa de sinais de agitação em crianças e necessidade de orientação aos pais, como reportado nos prontuários de crianças com idades de um a três anos.

MÉTODO

Participantes

A amostra inicial, após um levantamento realizado no banco de dados do ACRIAR, consistiu de 172 crianças pré-termo, de um a três anos de idade, que iniciaram o acompanhamento no ano de 2004. Foram excluídas as que obtiveram alta, abandono, óbito ou desligamento do programa, resultando em 132 crianças.

Procedimentos

Foram pesquisadas nos prontuários as avaliações periódicas das 132 crianças selecionadas, a fim de identificar quantas tinham registro de comportamento inadequado. Considerou-se um problema de comportamento quando a queixa era recorrente, ou seja, referida em duas ou mais vezes pelos profissionais do serviço e confirmada pelos pais durante as avaliações de acompanhamento. As crianças que tiveram apenas queixas ocasionais em algumas consultas, mas que não persistiram no decorrer do acompanhamento, não foram incluídas na amostra. Este estudo integra projeto mais amplo de acompa-

nhamento de recém-nascido de risco, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/UFMG (ETIC 457/04).

RESULTADOS

De acordo com os dados registrados nos prontuários das 132 crianças selecionadas para o estudo, 30 (22,72%) apresentaram sinais sugestivos de problemas de comportamento, sendo 12 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Quanto aos dados perinatais, a idade gestacional (IG) variou entre 27 e 34 semanas (média: 31±2), 6,6% tinham IG entre 34 e 36 semanas, 63,3% entre 31 e 33 e 30% abaixo de 30 semanas. O peso ao nascimento variou de 955 a 2.470 gramas (média: 1496±367). Em relação ao peso ao nascimento, 53,3% dos lactentes estavam abaixo de 2.500 gramas e acima de 1.500, enquanto os 46,7% restantes estavam abaixo de 1.500 gramas (apenas três tinham peso ao nascimento abaixo de 1.000 gramas). O período de internação variou de 12 a 70 dias (média: 33) e as intercorrências neonatais estão listadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Intercorrências neonatais

Intercorrências	n (%)
Icterícia seguida de fototerapia	27 (90)
CPAP	20 (66,7)
Ventilação mecânica	17 (56)
Doença da Membrana Hialina (SAR)	14 (46,7)
Retinopatia da Prematuridade	11 (36,7)
Dificuldade respiratória (apnéia, broncopneumonia)	10 (33,3)

Os principais sinais de problemas de comportamento registrados foram: agitação, nervosismo e irritação; comportamento de birra; pouca colaboração durante as avaliações; resistência a limites; não-atendimento de solicitações e regras; e dificuldade para dirigir a atenção durante as consultas de acompanhamento (Tabela 2). É importante ressaltar que uma mesma criança podia apresentar mais de um desses sinais.

A agitação e irritabilidade foram os problemas mais recorrentes, evidenciados em 86,6% das crianças. O comportamento de birra apareceu como segundo problema mais encontrado em 70% das crian-

ças, seguidos pela falta de colaboração, resistência ao atendimento de solicitações e dificuldade de manter a atenção durante as avaliações.

Tabela 2 - Sinais sugestivos de problemas de comportamento e percentual de crianças

Problemas de comportamento	n (%)
Agitação, nervosismo e irritação	26 (86,6)
Comportamento de birra	21 (70)
Pouca colaboração durante avaliação	13 (43,3)
Resistência a atendimento de solicitações, regras e limites	12 (40)
Dificuldade para focar atenção	11 (36,6)
Dificuldade respiratória (apnéia, broncopneumonia)	10 (33,3)

DISCUSSÃO

As preocupações familiares em relação à sobrevivência do recém-nascido prematuro associadas a fatores estressores como a separação, devido a internações em UTI neonatal, causam insegurança nos pais, que pode perdurar durante o curso de desenvolvimento da criança. De acordo com Linhares *et al.*⁶, a superproteção e o excesso de tolerância no cuidado dificultam a implementação de práticas educativas, uma vez que não é dada à criança a oportunidade de aprender a adiar gratificações, tolerar situações de espera e frustrações, gerando, muitas vezes, problemas de comportamento.

Em seu estudo para avaliação do comportamento de crianças pré-termo e muito baixo peso, Linhares *et al.*⁶ utilizaram a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter²¹, na qual a "agitação" foi um dos comportamentos avaliados, ocorrendo em 75% das crianças. No presente estudo, a agitação, nervosismo e irritabilidade foram os sinais mais frequentes entre as crianças, podendo ser observados até mesmo durante o brincar após algum tempo de espera pelas consultas. Observa-se que os recursos lúdicos inicialmente despertam interesse e motivam a criança a participar com seus pares, mas, depois de algum tempo, passam a não mais ter efeito sobre a ansiedade e a irritação da criança.

O comportamento de birra apareceu como segundo sinal mais frequente em 70% das crianças acompanhadas pelo ARIAR. Em estudo descritivo sobre atendimento psicoterápico de crianças, Regra²² realçou que a mãe tem dificuldades em fornecer limi-

tes ao ver a criança com comportamento de “birra”, permitindo que a mesma faça ou obtenha o que estava sendo negado anteriormente. A autora argumenta que se a criança não recebe limites em casa, ela poderá desenvolver um padrão de comportamento que poderá ser emitido também em outros contextos em que ocorra o “não”. Nesse padrão de comportamento, a criança escolhe fazer apenas o que gosta, passando a criar problemas quando contrariada. Bordin *et al.*¹¹ citaram o “comportamento opositor” entre os distúrbios de comportamento observados no decorrer do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo com baixo peso. Nesse estudo foi avaliado o desenvolvimento cognitivo e o comportamento de crianças de oito a 10 anos e os resultados revelaram a necessidade de atendimento psicológico para a maioria das crianças. Verifica-se, de forma geral, que as estratégias de comportamento de “birra” são utilizadas pelas crianças quando percebem a dificuldade dos pais em impor regras e limites.

Os demais sinais sugestivos de problemas de comportamento encontrados no presente estudo aparecem em porcentagens menos expressivas, quando comparadas aos comportamentos descritos anteriormente. Pouca colaboração durante a avaliação foi registrada em 43,3% das crianças, resistência a limites e atendimento de solicitações e regras em 40% e em 36,6% das crianças foi constatada dificuldade para prestar atenção. A desatenção é um problema de comportamento geralmente encontrado em crianças pré-termo e muito baixo peso.¹⁵⁻²³ Espírito Santo *et al.*²⁰ enfatizaram a desatenção relacionada a déficit cognitivo como segundo desvio de comportamento mais comum, presente em 43,8% das crianças observadas, e a desatenção de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) em 36,3% das crianças pré-termo.

A análise dos resultados indicou a necessidade de orientação preventiva às famílias de crianças pré-termo sobre manejo do comportamento. A elaboração da cartilha “Limites – a hora do sim e do não”, como instrumento de informação para pais com dificuldades de fornecer limites, surge com a finalidade de facilitar as orientações feitas na sala de espera. A cartilha, elaborada com linguagem clara e simples, é constituída de duas partes. A primeira ressalta a importância e o significado de dar limites, como educar sem bater, não perder a autoridade ao educar e a diferença entre necessidades e desejos; e a segunda especifica algumas condutas a serem tomadas de acordo

com a idade da criança.²⁴ Os pais são orientados por meio de conversa aberta e informal, na qual podem expor seus anseios e receber sugestões de condutas apropriadas, sendo alertados das possíveis consequências ocasionadas pela falta de limites. Acredita-se que as orientações fornecidas são de muita valia para os pais, que relatam mudanças alcançadas no comportamento dos filhos, solicitando frequentemente uma cópia do material para recorrerem em casa.

Limites – A Hora do “Sim” e do “Não”

Dar limites é educar. Nos dias atuais, a dificuldade dos pais em dar limites a seus filhos vem trazendo sérias consequências.

A criança necessita do limite. Desde pequena ela precisa ser ajudada pelos pais a entender e aprender regras básicas da vida: “espere a sua vez”, “agora não pode”, “hoje, não!”.



Figura 1 - Dar limites é importante!

O que significa dar limites

- dizer “sim” sempre que possível e “não” sempre que necessário;
- só dizer “não” quando houver uma razão clara, explicando sempre o “porquê” das coisas;
- ensinar que cada direito corresponde a um dever. Exemplo: antes de brincar deve fazer o dever de casa;
- os pais devem sempre dar o exemplo, viver o dia-a-dia observando as regras ensinadas. Exemplo: se você quer que seu filho aprenda a falar “muito

obrigado”, “com licença”, fale e faça da mesma forma no dia-a-dia;

- dar limites não é gritar com as crianças para ser atendido, bater nos filhos para que se comportem, humilhá-los em público. Dar limites é corrigir a criança na hora certa.

Como educar sem bater

- bater nada tem a ver com ensinar a ter limites. Quem bate dá uma verdadeira aula de falta de limites próprios e até de covardia;
- bater ensina a criança que a agressão física é uma atitude normal, afinal se pai e mãe estão fazendo;
- com medo de apanhar, a criança passa a mentir ou deixar de contar certas coisas para os pais;
- deve-se elogiar a criança quando ela fizer algo de bom e não apenas ficar chamando a atenção para o que faz de errado. Exemplo: “quando seu filho se comportar bem na casa de outras pessoas, fale para ele o quanto você gostou do seu procedimento, elogie, em vez de comprá-lo com balas, brinquedos, etc;”
- quando a criança errar, deve-se conversar e explicar sobre suas atitudes. Exemplo: se seu filho chegar em casa com algum objeto que não seja seu, converse com ele e explique que não é certo pegar o que não é seu sem pedir. Evite chamar seu filho de desonesto, egoísta;
- faça com que seu filho compreenda que ele é responsável por suas atitudes e pelas consequências (boas ou más). Diante da boa conduta, elogie; e diante de um comportamento inadequado, deixe que ele participe do castigo;
- dar limites não significa ser rígido. Respeite a escolha de seu filho. A criança tem direito também de se expressar, o que fortalece sua capacidade de tomar decisões. Exemplo: se a criança quer colorir o desenho todo de verde, não interfira.

Como não perder a autoridade ao educar

- cumpra sempre o que disser – ameaçou, cumpra; prometeu, faça;
- seja firme nas suas decisões: o que não pode, não pode;
- não fique com pena se a criança ficar triste ou chorando ao ouvir um “não” como resposta.

Necessidades e desejos

Existe uma diferença entre necessidade e desejo.

Necessidade é algo que a criança precisa para o seu desenvolvimento.

Desejo é vontade de possuir ou realizar alguma coisa; está mais relacionado com o prazer. Por exemplo, beber quando se está com sede é *necessidade*; beber apenas refrigerantes é *desejo*.

Limites por idade

Entre 1 e 4 anos

Ataques de raiva e humor exaltado podem ocorrer nessa idade, sendo necessário estabelecer limites para que a criança aprenda a controlar-se.

- diga “não” e em seguida o que ela deve fazer. Exemplo: “você não pode mexer no aparelho de som, vamos escolher outra coisa para você brincar”;
- ignore um comportamento inadequado quando este não prejudicar ninguém, porque nessa idade as emoções são muito fortes e ainda pouco controladas. Exemplo: não dê importância se seu filho ficar fazendo caretas ou colocar a língua para fora sem motivo;
- se a criança agredir fisicamente, chutar, jogar coisas, segure-a com firmeza, mas sem machucá-la e sem fazer o mesmo com ela;
- ignorar acessos de raiva ou mau humor é a melhor maneira de contornar a situação. Quanto menos você falar, melhor. Tente conversar com a criança apenas quando ela se acalmar.

Para evitar crises em locais públicos algumas atitudes podem ser tomadas.

- evite saídas ou compras quando a criança estiver cansada;
- permaneça pouco tempo em locais que não sejam interessantes para a criança; caso contrário, leve brinquedos para distraí-la.

Entre 5 e 7 anos

A criança nessa idade tem necessidade de se comunicar e ser ouvida e inicia a compreensão de regras.

- estabeleça normas de disciplina de acordo com a forma de viver de todos os componentes da família. Exemplo: estabeleça com seu filho um horário de ligar a TV nos dias de semana;
- explique as regras com clareza e repita sempre que possível. Exemplo: o horário do banho deverá ser às 18 horas diariamente;
- defina as regras antes que os problemas surjam. Se for estabelecido que a hora de brincar é depois do dever de casa, seja firme se a criança disser que irá brincar antes da hora;
- não discuta por coisas desnecessárias, mas por aquilo que realmente é importante para a formação da criança. Exemplo: se você resolve que a criança deve cortar as unhas e ela hoje não quer, deixe para amanhã (desde que isso não ocorra todas as vezes);
- se a criança escolher atividades que ainda não seja capaz de realizar, ofereça outras opções e explique que ainda não é a hora certa para essa atividade. Exemplo: seu filho pede para andar de bicicleta nas ruas de seu bairro com os amigos, convença-o de que por enquanto ele só vai andar nos finais de semana, no passeio perto de sua casa e com você por perto.

Lembre-se...

A última palavra é a dos pais. É necessário que haja sempre a autoridade dos pais em relação aos filhos, com muito respeito e sem violência.

Cartilha elaborada pelo *Projeto Sala de Espera - Estimulação e Recreação em Crianças de Risco e Orientação a seus Pais*

ACRIAR- Ambulatório da Criança de Risco

Departamento de Terapia Ocupacional - Universidade Federal de Minas Gerais

CONCLUSÃO

Este estudo procurou identificar sinais de alterações comportamentais em crianças pré-termo de um a três anos de idade, acompanhadas em serviço ambulatorial por equipe interdisciplinar. Verificou-se que os principais sinais registrados foram agitação e irritação, comportamento de birra, pouca colaboração durante as avaliações, resistência a limites e

a atendimento de solicitações e regras e dificuldade para dirigir a atenção durante as consultas de acompanhamentos.

Uma cartilha foi elaborada, sendo utilizada como guia de orientação, para informar aos pais como estabelecer limites aos filhos, por meio de condutas firmes e coerentes, sem excesso de autoridade ou castigos, para manejo do comportamento das crianças. Esse recurso tem sido bem avaliado pelas famílias, possibilitando discutir e refletir condutas e atitudes frente aos comportamentos inapropriados das crianças em situações do dia-a-dia. A repercussão positiva da cartilha reforça a importância do uso do espaço da sala de espera como ambiente para fornecer informações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saude Matern Infantil*. 2006; 6(1):47-57.
2. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. Family-centered service: a conceptual framework and research review. *Occ Phys Ther Pediatr*. 1998; 18(1):1-20.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
4. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(1):49-54.
5. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(4):539-43.
6. Linhares MBM, Carvalho AE, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia, Ribeirão Preto*. 2001; 10(18):60-9.
7. Magalhães LC, Catarina PW, Barbosa VM, Mancini MC, Paixão ML. Estudo comparativo sobre desenvolvimento perceptual e motor na idade escolar em crianças nascida pré-termo e a termo. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61:250-5.
8. Coelho FN, Gontijo APB, Figueiredo EM, Magalhães LC, Vani LS, Rezende MB, *et al.*. O que pais de recém-nascido de alto risco conhecem sobre o desenvolvimento infantil? *Temas Desenvol*. 1998; 7(38):32-8.
9. Amorim RHCA, Magalhães LC, Paixão ML, Barros CGC. Acompanhamento do recém-nascido de risco In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC. *Compêndio de neurologia infantil*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.p.37-60.

10. Brasil. Ministério da Saúde. HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Bordin MBM, Linhares MBM, Jorge SM. Aspectos Cognitivos e Comportamentais na Média Meninice de Crianças Nascidas Pré-Termo e com Muito Baixo Peso. *Psicologia: Teoria Pesq.* 2001;17(1):49-57.
12. Jongmans M, Mercuri E, de Vries L, Dubowitz L, Henderson SE. Minor neurological signs and perceptual-motor difficulties in premature born children. *Arch Dis Child.* 1997; 76:9-14.
13. Kreling KCA, de Brito ASJ, Matsuo T. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. *Pediatria, São Paulo.* 2006;28(2):98-108.
14. Fawke J. Neurological outcomes following preterm birth. *Semin Fetal Neonat . Med.* 2007; 12:374-82.
15. Salt A, Redshaw M. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow-up after two years. *Early Hum Dev.* 2006; 82:185-97.
16. Sasaluxnanon C, Kaewpornsawan T. Risk Factor of Birth Weight Bellow 2,500Grams and Attention Déficit Hyperactivity Disorder in Thai Children. *J Med Assoc Thai.* 2005; 88(11):1514-8.
17. Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, Wolke D, Lambert M, Whitaker A, *et al.* Behavioural problems in children Who weigh 1000g or less at birth in four countries. *Lancet.* 2001; 357:1641-3.
18. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (<1.500g). *Psicologia: Refl Crít.* 2001; 14(1): 1-33.
19. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr.* 2005; 81(1 supl): S101-S110.
20. Espirito Santo JL, Portuguese MW, Nunes ML. Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. *J Pediatr.* 2009; 85(1): 35-41.
21. Graminha SSV. Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. In: Romanelli G, Biasoli-Alves ZMM, organizadores. *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa.* Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998. p. 71-86.
22. Regra JAG. Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2000; 2(1):79-101.
23. Sajaniemi N, Hakamies-Blomqvist L, Katainen S, von Wendt L. Early cognitive and behavioral predictors of later performance: a follow-up study of ELBW children from ages 2 to 4. *Early Child Res Quart.* 2001; 16:343-61.
24. Zagury T. *Limites sem trauma: construindo cidadãos.* 53ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2003. 174p.

Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos

Hospital humanization: changes in the management and in the health care practices producing new subjects

Dário Frederico Pasche¹

RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar a Política Nacional de Humanização (PNH), fundamentando, entre outros, sua opção pelo método da inclusão, como orientação ético-política de seu modo de fazer, seu modo de lidar com problemas e desafios que permanecem no campo da gestão e do cuidado. A partir dessa explicitação, são apresentados alguns elementos e forças responsáveis pela produção de problemas importantes no campo da gestão dos processos de trabalho nos hospitais, os quais incidem na emergência de fenômenos adjetivados de “desumanização” da gestão e do cuidado. Por fim, no cerne destas questões, apresentam-se algumas “pistas” para ação institucional no contexto hospitalar, na perspectiva de se lidar com essas situações problemáticas, a partir do pressuposto de que seu enfrentamento, contorno, ultrapassagem e resolução são mais estáveis e ganham novas possibilidades quando resultam de processos coletivos, portanto, quando acionados pelo método da inclusão proposto pela PNH.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Administração Hospitalar; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

The article aims to introduce the National Humanization Policies / Política Nacional de Humanização (PNH), as the basis, among others, for its option for the inclusion method, as ethical-political guidelines of its way of doing, way of dealing with problems and challenges in the field of management and care. From this explanation, some elements and forces are presented, which are responsible for important problems in the field of management of hospital work processes related to the emergency of the phenomena of management and care “dehumanization”. Finally, in the core of these issues, some “clues” are presented for the institutional action in the hospital context, to solve these problematic situations, assuming that the lineament, overcoming and resolution of these situations are more stable and acquire new possibilities when generated as a collective process, therefore, with the Inclusion Method proposed by PNH.

Key words: Health Care Humanization; Health Care Management; Health Single System; Hospital Administration; Hospital Health Care.

INTRODUÇÃO

O texto visa a apresentar possibilidades da incidência da humanização como método no enfrentamento de problemas na gestão e na organização de processos de trabalho nos hospitais. Primeiramente, será discutida a relação entre a produção de mudanças nas organizações e a produção de novos sujeitos, a partir do pressuposto

¹Enfermeiro, Sanitarista, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva
Coordenador Nacional da Política de Humanização/
Ministério da Saúde
Professor Adjunto Departamento de Enfermagem/
Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço para correspondência:
SQN, 402, Bloco S, apto. 206.
Asa Norte, Brasília, DF
CEP: 70834-190
E-mails: dario.pasche@saude.gov.br;
dario.pasche@ig.com.br

de que as mudanças, para serem mais estáveis e eficazes, dependem de processo de deslocamentos subjetivos e identitários do conjunto dos sujeitos que atuam na organização, os quais passam, então, a se perceber como importantes produtores da realidade institucional. Na sequência, é apresentada a Política Nacional de Humanização, destacando-se seu método, qualificado como “método da inclusão”. A inclusão como método é proposição ético-política que aposta na possibilidade da produção de mudanças nas organizações de saúde, desde a inclusão nos processos de interpretação e análise, bem como de intervenção, do conjunto dos sujeitos da organização. Por fim, considerando características da gestão dos hospitais, ainda marcada pela racionalidade gerencial de filiação à Escola da Administração Científica, são apresentadas algumas “pistas metodológicas” para o enfrentamento de problemas que se originam, entre outros, dos modos de gestão e de organização da estrutura de poder e dos processos de trabalho nos hospitais.

As mudanças na saúde dependem da produção de novos sujeitos

Produzir mudanças na direção da efetivação do direito à saúde e da dignificação do trabalho em saúde tem sido um sério desafio nos processos de reforma sanitária no mundo inteiro. Afinal, seria possível produzir mais e melhor saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a satisfação e realização profissional dos trabalhadores da saúde? Como enfrentar a crise no SUS¹, em suas organizações e em suas respostas sanitárias, considerando características intrínsecas do trabalho em saúde e de suas organizações, como a autonomia dos trabalhadores, a forte presença de trabalho imaterial, do trabalho vivo-em-ato², que não é completamente regulável³?

Segundo referências conceituais e metodológicas recentes, mas já consolidadas, no campo da saúde no Brasil as mudanças estão diretamente associadas à produção de novos sujeitos.^{4,7} Esta afirmação, instigante, por certo, indica, entre outros, que a produção de novos efeitos do trabalho em saúde, como a ampliação da eficácia das práticas clínicas e de saúde pública, a melhoria no atendimento, a redução de filas, aumento da eficiência, entre outros, corresponde a reposicionamentos de usuários, gestores e trabalhadores nas práticas de saúde, o que é, sem dúvida,

uma profunda mudança de perspectiva, considerando a tradição de gestão do trabalho na saúde.

A tradição de gestão na área da saúde no Brasil, construída hegemonicamente sob a visão taylorista, constitui o que Campos⁸ definiu como racionalidade gerencial hegemônica. As marcas principais dessa racionalidade são o controle sobre os operadores, hierarquização e a fragmentação do trabalho, com centralização do poder e uso da função de supervisão como recurso de regulação e controle do trabalho. Os efeitos disto, entre outros, tem sido a alienação, a baixa responsabilização e a insatisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente, perda de eficácia das práticas de saúde. Especificamente no campo da saúde, aparecem associados a esse modo de gestão fenômenos que ganham o qualificativo genérico de “desumanização na saúde”: trabalhadores tratados como recursos e insumos e usuários considerados objetos, o que tem levado à perda significativa do sentido do trabalho⁹ e do cuidado, um dos principais indicadores da alienação no trabalho.⁸

Alterar essas características do trabalho e do cuidado em saúde impõe a construção de novos paradigmas, com os quais se querem produzir novos efeitos. E é dessa tradição crítico-criativa que a Política Nacional de Humanização¹⁰ emerge como aposta na produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar na saúde.

Política de Humanização da Saúde: inclusão como método para produção de saúde

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar os modos de gestão e os modos de cuidado em saúde. A PNH é uma inflexão do SUS, portanto, emerge de análise de sua própria experimentação como política pública e prática social. Esse desvio, todavia, corresponde, de um lado, ao reconhecimento dos avanços e acúmulos do SUS e, de outro lado, se situa na necessidade de enfrentamento de limites e desafios, cuja superação é condição *sine qua non* para a sustentação político-social e qualificação da política pública de saúde.¹¹

Assim, reconhece-se que no próprio SUS há um conjunto de experimentações que têm sido capazes de lidar com eficácia na resolução de problemas na complexa dinâmica de implementação da política

pública de saúde, as quais podem, então, iluminar novas práticas, servindo de referência conceitual e metodológica para a produção de novas realidades sociais e institucionais.

A emergência do tema da humanização no SUS trouxe, sem dúvida, uma série de novos desafios. O primeiro deles foi constituir “sentido para a humanização”, haja vista sua imediata associação ao benévolo, ao positivo, à hospitalidade, à interação harmoniosa entre sujeitos. Quando no SUS se tomou a tarefa de humanizar as práticas de gestão e de cuidado, não se partiu para a mobilização de estratégias para o combate do que poderia ser tomado como seu oposto – as práticas desumanas e desumanizadoras. Movimento nessa direção, conforme Passos e Benevides¹², poderia viabilizar uma política moral e moralizante, de busca de culpados pelos problemas no campo da saúde. Nessa direção, muito provavelmente se teria forjado movimentos de humanização na saúde sem necessariamente seus efeitos corresponderem à produção de novos sujeitos, senão atores que passariam a ter certos comportamentos e atitudes pelo constrangimento da regra, pela imposição do que lhes é externo, logo, dependentes de processos de controle, vigilância e punição. Ou seja, muito provavelmente não se alterariam os elementos que participam de forma decisiva no engendramento dos problemas, ampliando-se o exercício do controle administrativo sobre os agentes das práticas, ratificando a racionalidade hegemônica no campo gerencial de inspiração taylorista.⁸

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para afirmá-la como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor substantivo, imanente da ação de homens e mulheres no campo da saúde, que orienta e preside as ações, as atitudes, para afirmação de uma nova ética: a de colocar no primeiro plano as pessoas, os sujeitos e seus interesses, desejos e necessidades. Dessa forma, sujeitos que em relações mais democráticas, cotejando diferenças, seriam mais capazes de compor planos comuns, sínteses singulares advindas de processo de negociação regidos pelo interesse público e coletivo.

Assim, toda dificuldade e delicadeza que o tema da humanização da saúde trazia – e ainda traz – estão situadas em uma questão de método do *como fazer*: como lidar e ultrapassar problemas de gestão e do cuidado considerando a humanização como um valor ético-político das práticas de saúde? Esta “entrada” pelo método modifica a tradicional perspectiva das políticas de saúde, que em geral partem e apostam no *como deve ser*, tomando por perspectiva

resultados e metas previamente estabelecidos. Situam-se, então, no horizonte da prescrição, da ação normativa que se impõe como força heterônoma sobre os sujeitos, que devem percorrer determinados caminhos, os quais asseguram acesso a recursos públicos. A lógica aqui presente é da ação programática e normativa¹³, que tende a homogeneizar realidades e a desconsiderar singularidades dos territórios.

A partir dessa delimitação se estabelecem a função e a tarefa da Política Nacional de Humanização: contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS – seu significativo contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da “figura de gestor” – passasse a experimentar novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar.

O SUS reclamava, à época, da emergência da humanização como plataforma política da saúde – 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000¹⁴ – por princípios metodológicos que indicassem, então, *certo modo de fazer*, haja vista que o *deve ser* já estava prescrito na base jurídico-legal do sistema de saúde, ou seja, a saúde no Brasil deve ser para todos, produzida com base na integralidade das práticas e na participação cidadã.

Mas de onde se extrairia esse modo de fazer? Ele foi construído da cartografia e análise das próprias experimentações do SUS naquilo que passou a ser denominado de o *SUS QUE DÁ CERTO*. Em 2004, por ocasião do Prêmio David Capistrano¹⁵, constatou-se que um vasto contingente de experiências que haviam modificado processos de gerir e de cuidar em saúde tinham se proposto a um modelo de experimentação baseado na inclusão; propuseram-se a construir processos de mudança como “obras coletivas”.

Assim, de imediato se passou a compreender a humanização como inclusão, como método, como modo de fazer inclusivo e includente. Essa orientação, todavia, não emerge apenas das práticas de mudança em curso, mas se sustenta na tradição e orientação do processo reformista brasileiro no campo da saúde, que se funda e se sustenta na luta radical contra quaisquer formas de autoritarismo, contra o centripetismo, contra formas de governar as organizações de saúde sustentadas pela posição de mando centralizada em um ou poucos sujeitos; portanto, contra práticas de exclusão. A humanização como experimentação nas práticas de saúde passou a ser entendida como aposta ético-política na criação co-

letiva desde a diversidade de interesses, necessidades e interesses dos sujeitos. Exercício de inclusão do outro sem o uso de recursos da violência ou da “antropoemia”, de vomitar e expulsar o outro.¹⁶

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação do vivo, do vívido, da heterogeneidade do humano. Incluir o outro, alteridades, o que não sou eu que me estranha, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria como mal-estar e tristeza. Assim, a inclusão produz a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum.

Incluir trabalhadores nos processos de decisão, na perspectiva de não manipulá-lo, mas de composição, de acessar e de produzir um plano comum, é desafiante na medida em que se convoca o outro para que ele incida e interfira sobre processos de gestão, considerando a heterogeneidade de interesses e desejos. Provocar em “pacientes” atitudes na direção da construção de mais autonomia no cuidado de si é trazer para a relação clínica a emergência de um sujeito que disputa o cuidado. É exatamente o que produz a inclusão – a perturbação, o estranhamento – que permite a produção de mudanças, pois ela tende a desestabilizar o “estado das coisas”. Incluir é, pois, tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas das práticas de vida dos sujeitos que se singularizam nessa relação. Não como pares em oposição, mas como sujeitos em relação, em composição de consensos que permitem, mesmo que provisoriamente, operar sobre realidades concretas.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita, contudo, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. E quais seriam esses pressupostos? Aqueles construídos no jogo político-social no processo de construção do SUS, entre os quais o direito à saúde, à universalidade, à integralidade e à participação cidadã, bem como aquilo que a humanidade ao longo da história tem definido como base da ação humana, como a solidariedade, o compartilhamento, a cooperação, a justiça e a não-discriminação.

Incluir o outro não é um exercício passivo. Requer análise crítica daquilo que se traz para o encontro, para a relação. Isto implica assumir a posição de

que toda relação é disputa que remete à definição do que será formado como compromisso e contatado como tarefa, do que será aceito como legítimo, considerando-se determinados pressupostos éticos e diretrizes políticas. Assim, o método da inclusão não propõe adesão ingênua e acrítica àquilo que o outro traz de si, mas, em uma atitude generosa, de acolher essas manifestações, imediatamente, confrontá-las com a multiplicidade dos interesses do outro, do coletivo, para possibilitar a construção de processos de negociação, de *ação com-clinamen*¹⁷, de composição de contratualidades, considerando-se orientações éticas, no caso, aquilo que é desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde.

A *vontade de agir com clinamen* “não se assenta numa ruptura dramática, antes num ligeiro desvio cujos efeitos cumulativos tornam possíveis as cominações complexas ente seres vivos e grupos sociais”¹⁷ e tem como principal efeito produzir deslocamentos subjetivos, identitários e territoriais nos sujeitos, sem os quais a produção do comum não se faz. Humanizar é, pois, possibilitar aos sujeitos das práticas a experimentação de outras perspectivas de construção da existência, mais em lateralidade em relação aos outros, forjando em si e em outros novas atitudes, novas éticas. Ou seja, permitindo a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, emergentes e dependentes da produção de novos sujeitos.

O movimento de inclusão para a produção de deslocamentos subjetivos e identitários para produção do comum é o motor da produção da vida social. É movimento sem o qual a vida plasma sobre o sombrio quadro do dado, do definido, do constituído, onde tudo já está decidido. E tomar o dado como realidade estável e perene, sobretudo contextos da injustiça social e de autoritarismo nas organizações – ainda fortes marcas em nosso país –, é deixar sem contestação, sem constrangimento o mesquinho, a barbárie, a exploração. E, no campo da saúde, isto permite a emergência e a sustentação de experimentações que atentam contra a vida, contra a dignidade humana.

Humanização é, assim, propositura para a criação, *poiesis*. Criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. Tarefa de tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde.

A perspectiva de inclusão considera, entretanto, princípios e diretrizes. A Política de Humanização toma *três princípios* como orientações gerais para que a humanização na saúde ocorra: a não-separação entre gestão e atenção, que são mutuamente influenciados; ampliação do grau de comunicação entre sujeitos (transversalidade); e aposta e fomento do protagonismo, da capacidade e vontade de fazer e desejar dos sujeitos.¹⁰

Assim, a inclusão está orientada para analisar e modificar práticas de gestão e de atenção, que se influenciam mutuamente; ampliar o grau de contato e de troca entre as pessoas (o que exige deslocamentos subjetivos e identitários); e apostar na capacidade de criar, de acionar vontade e desejo de fazer dos sujeitos.

As *diretrizes* da PNH se apresentam como orientações ético-políticas, as quais informam o sentido da inclusão. Entre estas, estão o acolhimento; a gestão democrática; a Clínica Ampliada; a valorização dos trabalhadores, a defesa dos direitos dos usuários; e o fomento a redes sócias de produção de saúde

Ou seja, a humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando-se princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos.

Os efeitos da PNH – melhorias no atendimento e democratização das relações de trabalho – decorrem de um processo de enfrentamento de relações desiguais no cuidado/atenção, interferindo diretamente na relação usuário/rede social – trabalhador/equipe de saúde – e também na relação entre trabalhadores e gestores. Assim, a humanização depende do estabelecimento de determinadas condições político-institucionais cujo efeito é o reposicionamento dos sujeitos nas relações clínicas e de trabalho.

Esse reposicionamento – tarefa sempre inconclusiva – depende menos de atos normativos (portarias, leis, etc.) e mais da capacidade das organizações de saúde implementarem espaços coletivos para pôrem em questão seus modos de gerir e de cuidar. Esta é uma direção importante para o enfrentamento de determinadas características de gestão dos hospitais, as quais são responsáveis por boa parte daquilo que vem sendo identificado como problemas e desafios a serem enfrentados nessas organizações de saúde

Humanização nos hospitais: inclusão de sujeitos como aposta na produção de mudanças afirmativas do direito à saúde e da satisfação do trabalhador

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e uma “das instituições contemporâneas mais impermeáveis à mudança”.¹⁷ Logo, mexer em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, não é tarefa que se resolve facilmente.

A tradição na organização da gestão hospitalar tem produzido uma série de fenômenos que têm tornado os hospitais “organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras”.¹⁸ Essas características têm sido realçadas como relevantes na produção de uma série de problemas, entre os quais a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos dos pacientes com os profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores.¹⁹

A essas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros: a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura do poder interno tem sido marcada pelo poder técnico-burocrático, em geral pela tradição médica, que disciplina, ordena e controla o conjunto dos processos de trabalho. Isto tem produzido relações bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, tendo em conta a posição que o sujeito ocupa na estrutura organizativa do trabalho.

Existem, ainda, em uma mesma organização diferenças salariais importantes e as condições e regimes de trabalho e as normas administrativas são vivenciadas de forma absolutamente desigual. Assim, o hospital produz e convive com distintas relações de poder, o que produz uma realidade paradoxal, pois enquanto alguns experimentam muita autonomia, outros têm por horizonte a regra; alguns são bem remunerados, outros nem tanto; para alguns, os espaços de autonomia e liberdade são amplos, para outros – maioria –, a força do poder administrativo e seus instrumentos de

controle e submissão são a principal forma de relação e interação com a organização.

Não bastasse isto, a relação com os usuários/pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela pouca incidência destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e aos profissionais.

Outra característica importante dos hospitais no Brasil é sua acentuada liberdade e autonomia de inserção nas redes/sistemas de saúde, sendo frequentes os movimentos de resistência a processos de definição de corresponsabilidades nos territórios sanitários. Têm ocorrido, não raro, no Brasil, casos de hospitais exercerem funções tipicamente de gestão, definindo clientela, modos de financiamento e ação na rede.

Assim, a perspectiva de intervenção sobre essa complexa realidade dos hospitais impõe a necessidade de se deslocarem as intervenções, fazendo-as incidir sobre aqueles elementos que decisivamente interferem na produção da crise. Ou seja, faz-se necessário o enfrentamento daquelas questões que efetivamente originam os problemas, notadamente a arquitetura organizacional e os arranjos de trabalho, que informam a sistemática de definição sobre quem faz o que e sob que condições.

Gastão Campos publicou, no final dos anos 1990, um importante artigo “O antiTaylor”²⁰, que estabelece um novo mote para a problematização da gestão nas instituições de saúde, notadamente os hospitais, propondo a combinação entre um novo método de governar e uma nova geometria para as organizações de saúde. Democracia institucional, produção de sujeitos mais livres e comprometidos, acionando e acionados por um dispositivo central: a roda. A partir de então, temas como a gestão compartilhada do trabalho, a reconstrução da clínica, ampliação dos vínculos terapêuticos e da responsabilização, entre outros, passaram a ser tratados de forma inédita, questões que o autor desenvolve em vários textos, cuja síntese se encontra no livro “Método da Roda”.⁸

O cenário dessa formulação incluía-se naquilo que Campos²¹ havia anunciado como a *reforma da reforma*. E que reforma seria essa e quais suas direções? Buscar articular serviços em rede sob a ótica da gestão pública; recriar/reinventar os serviços de saúde, democratizando-os e permitindo a expressão dos interesses e necessidades de trabalhadores e usuários, de tal forma que fosse possível tomar as organizações de saúde ao mesmo tempo como produtores de valor de uso (de serviços com utilidade

para a sociedade) e como espaço de produção de novos sujeitos. Lançava a discussão, nesta via, sobre as finalidades das organizações, que não se restringiam, como se advogava predominantemente, à produção de serviços e bens, incluindo entre seus fins produção de sujeitos.

As organizações de saúde passaram a ser compreendidas, desta forma, também como “máquinas” de produção subjetiva.⁵ Ou seja, são máquinas subjetivadoras, com função ontogenética. Isto implica conceber que determinados modos de gestão incidem diretamente na conformação de processos de subjetivação. Nesta perspectiva, uma gestão mais democrática das organizações, que desafia os sujeitos à criação e ao uso de recursos dialógicos para produção do comum, mais flexíveis à composição entre distintos interesses e necessidades, entre outros, tendem também a produzir sujeitos mais livres e autônomos, efeitos que se estendem para além do local de trabalho, interferindo, então, nos demais campos da vida, incidindo sobre o conjunto das relações socioafetivas dos sujeitos.

Assim, as mudanças na gestão não seriam motivadas apenas para “conformar” sujeitos mais aptos e eficazes à produção de bens e serviços, mas também por uma orientação ético-política: a gestão pode ser espaço importante para a produção de novos sujeitos, mais livres, mais criativos, mais solidários, mais capazes de se deslocarem de interesses imediatos, portanto, mais capazes de suportar a existência em panoramas mais heterogêneos, nos quais a expressão do humano como força social e política é mais diversa. A gestão teria, nessa direção, a capacidade de produzir sujeitos melhores.

Pari passu a essa concepção, uma série de novos conceitos e pressupostos foi produzida no campo da gestão, favorecendo a construção de novas perspectivas para a reorganização da arquitetura dos serviços de saúde e de seus processos de trabalho. Entre esses conceitos, tomam destaque:

- Tomar no processo de organização do trabalho das equipes de saúde as finalidades da instituição e/ou do setor/área (em contraposição à organização por saberes específicos);
- considerar que todo trabalho em saúde está disposto em rede, sustentando-se em determinados modos de conversação²² e interação^{23,24}, que reafirmam ou retificam modos de comunicação mais ou menos potentes para a produção de trabalho em equipe;

- compreender que as organizações de saúde conformam realidades hipercomplexas, produtoras de grande variabilidade de conexões invisíveis e opacificadas;
- tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas; a produção de saúde como projeto de ampliação da autonomia com o outro;
- acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos como requisito para a composição de projetos comuns;
- compreender que o cuidado é sempre singular e sua potência como promotora da vida decorre da qualidade da relação entre os sujeitos.

Essas compreensões têm orientado uma vasta gama de experiências na rede SUS, permitindo a emergência de novos patamares ético-políticos nas relações sociais do trabalho, mais afirmativas da singularidade de cada um dos territórios disciplinares que, dispostos em rede com os demais, têm permitido a composição de novos compromissos e processos de corresponsabilização.

Na perspectiva da Política de Humanização, o que está em jogo não é propriamente a “restauração” ou recuperação da vocação e missão dos hospitais na produção de saúde, mas a invenção de determinados processos que, ao mesmo tempo, atinjam esse fim, sejam capazes de produzir novos sujeitos, que, por sua vez, sustentem em torno de compromissos ético-políticos aqueles efeitos de mudança nas organizações.

De outra parte, os problemas ressaltados como “desumanização” têm estreita e direta relação com as formas de organização e de gestão dos processos de trabalho nos hospitais, o que impõe a necessária tarefa de alterá-los. Ou seja, as mudanças que se imaginam necessárias serão mais efetivas e resolutivas se forem capazes de alterar a lógica de organização do poder nas organizações.

Essas questões salientam a **necessidade de produzir mudanças na gestão dos hospitais**, o que alteraria sua dinâmica interna de poder e sua relação com os demais serviços da rede de saúde.

Tomando a humanização da saúde como referência para essas mudanças, algumas “pistas metodológicas” podem ser acentuadas na definição de estratégias para enfrentamento dos desafios da gestão hospitalar. Essas “pistas” se desdobram em quatro grandes linhas de intervenção:

- Ampliar a *experiência democrática nas instituições*, o que requer mudanças nos arranjos e nos modos de gestão. Essa linha de mudança mostra a necessidade de:
 - horizontalização da estrutura hospitalar, com dissolução/diminuição das estruturas político-administrativas que segregam a gestão do cuidado. Em outras palavras: “achatar” o organograma do hospital, aproximando da assistência a experiência de gestão dos espaços reais do cuidado;
 - criação de *unidades de produção*²¹, articulando processos de trabalho em equipe tomando por referência a tarefa/objetivos da área/setor;
 - criação de *espaços coletivos* para a produção de acordos/contratos mais compartilhados e coletivos sobre modos de funcionar e modos de organizar a assistência e o cuidado.
- Ampliar o exercício mais compartilhado e corresponsabilizado da clínica, o que pressupõe avançar:
 - no exercício do trabalho em equipe, com construção mais consensuada sobre a inserção de cada um dos núcleos de competência e responsabilidade na atenção geral e na conformação de projetos terapêuticos, bem como na sustentação do campo comum de ação da equipe;
 - na definição para cada usuário/caso de profissional/equipe responsável, articulando desde a comunicação com a rede sociofamiliar até a construção e garantia de linhas de cuidado integral, o que exige ação interdisciplinar e interinstitucional.
- Desenvolver estratégias de inclusão do usuário e da sua rede socioafetiva nos processos de cuidado:
 - Inclusão da rede afetiva e social do usuário/caso no cuidado, além de direito de cidadania – é potente estratégia para (1) a corresponsabilização no processo de cuidado e (2) defesa dos interesses dos usuários nas organizações de saúde, cuja dinâmica de funcionamento, quando não “vigiada”, tende a dar vazão a processos de atitudes perversas que atentam contra a dignidade humana.
- Ampliar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde (hospital pertence a uma rede), pois:

- o hospital é recurso estratégico para a produção de saúde de uma sociedade e sua inserção/modo de atuação interfere de forma decisiva na qualidade do cuidado em saúde, logo, na qualidade de vida de uma população;
- toda reforma de saúde no contemporâneo é de alguma maneira uma estratégia de desospitalização. Isto não significa enfraquecer o hospital, senão adequar seu papel e posição na rede, garantindo que seus recursos (estratégicos e escassos) sejam utilizados o mais adequadamente possível;
- a capacidade de ação e a eficácia dos hospitais dependem do desempenho da rede básica, que deveria se apresentar como o principal “ponto” de interação e inserção dos usuários com a rede de serviços. Assim, é necessário assumir de forma radical a ideia-princípio de que “todo cidadão tenha garantido o direito a uma equipe que lhe cuide”, o que possibilitaria a ampliação da responsabilidade microsanitária de equipes de saúde, sem o qual qualquer reforma sanitária não se viabiliza;
- o hospital, nessa perspectiva, passa efetivamente para a condição de retaguarda, suporte e referência para o cuidado integral, possibilitando a utilização mais criteriosa de tecnologias de alto custo.

Na perspectiva de humanização faz-se necessária a construção de novas experimentações no campo da gestão dos hospitais, as quais deveriam incidir sobre dois grandes componentes: de um lado, ampliar o exercício da democracia institucional, o que implica incluir nos processos de gestão a totalidade de seus operadores; de outro lado, inscrever efetivamente as organizações hospitalares como equipamentos de saúde na rede de saúde, disciplinando sua ação com base no interesse público da coletividade.

Essas linhas de intervenção, obviamente, não esgotam as ofertas que no próprio SUS têm sido experimentadas no campo da gestão e atenção hospitalar. Todavia, elas têm a potência de disparar processos, os quais abrem possibilidades de se incorporarem e ampliarem modos de gestão e de cuidado, visando às realidades institucionais singulares. Ou seja, não há qualquer possibilidade de se construir estratégias e pautas de intervenção que estejam fora do contexto singular das organizações.

CONCLUSÃO

A aposta da Política de Humanização para superação do atual estágio de problemas de gestão e atenção hospitalar é de que se faz necessário incluir os sujeitos de suas práticas em todos os processos de decisão. Nessa condição e posição, os trabalhadores se adequam no próprio processo de reinvenção das instituições. Porém, a “humanização dos hospitais” corresponde, de um lado, a *efeitos da construção de novas arquiteturas organizacionais*, as quais deveriam permitir mais “superfície de contato” entre seus operadores. Propiciar mais contato entre membros das equipes de saúde, com a oferta de mais espaços coletivos de troca para a experimentação de exercício crítico-reflexivo sobre o trabalho, para alterá-lo segundo diretrizes ético-política da gestão, da clínica e da política de saúde, é aposta fundamental para se ampliar a implicação dos trabalhadores com o fazer cotidiano do trabalho em saúde. De imediato, combate-se por essa linha de ação a alienação no trabalho, que no campo da saúde é responsável, entre outros, pela queda da eficácia das práticas clínicas e de gestão.

De outro lado, a humanização como efeito de novos arranjos organizacionais prescinde da instauração de dinâmica coletiva do trabalho, ultrapassando modos tradicionais de organização do trabalho em saúde nas organizações, muito marcado que são pela lógica corporativa, que tende à segregação e ao exercício de poder como ação sobre os outros desde a lógica das profissões. Trabalho mais partilhado e experimentado em equipe, por certo, a construção de espaços coletivos para o exercício da reflexão e tomada de decisão. Ou seja, a instauração de rodas para que se possa compartilhar a experiência de ser trabalhador na singularidade daquela equipe naquela instituição e, também, que isto permita a formação de novos compromissos e a contratação de tarefas, corresponsabilizando o conjunto dos sujeitos.

No entanto, para que o exercício reflexivo e criativo da roda seja eficaz, a humanização indica a necessidade de se tomarem princípios e diretrizes, os quais orientam novos fazeres na clínica e na gestão. E esses pressupostos éticos são os mesmos que fundam o SUS, como o direito à saúde, o direito a ser cuidado, o direito a práticas integrais e de participação na gestão do cuidado, bem como construções éticas da humanidade, os quais devem comparecer incessantemente no trabalho em saúde, como a soli-

driedade, a tolerância, a justiça e o acolhimento da diversidade da manifestação do vivo, com as diferentes opções religiosas, sexuais e políticas.

A humanização como movimento ético-político no SUS, em suas organizações e na sociedade em geral, sem dúvida contribui para o aprimoramento de nossa experiência civilizatória e democrática.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):301-6.
2. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):555-61.
4. Campos RO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 669-88.
5. Pasche DF. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: Pasche DF, Cruz I. *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí; 2005. Coleção Saúde Coletiva.
6. Figueredo MD, Furlan PG. O Subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS; Guerrero AVP (organizadores). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.154-78.
7. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
9. Antunes R. *Os sentidos do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Boitempo; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
11. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Supl.1):701-8.
12. Benevides RD, Passos EH. Humanização na saúde: um novo modo? *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17): 389-94.
13. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 188 p.
15. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*, 2009; 13(supl.1):627-40.
16. Bauman Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
17. Santos BS. A queda do Angelus Novus: o fim da equação moderna entre raízes e opções. In: Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2006. cap. 1, p.51-92.
18. Campos GWS. Prefácio. In: Araújo GF, Rates SMM. *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma; 2008.
19. Rates SMM, Campos GWS. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: Araújo GF, Rates SMM. *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma; 2008.
20. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4): 863-70.
21. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
22. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-111.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103-9.
24. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros EB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco; 2007. p.161-78.

A experiência de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG

The experience of humanization politics guidelines implantation at UFMG's Hospital das Clínicas

Patrícia Campos Chaves¹; Rosa Maria Quadros Nehmy²

RESUMO

O hospital universitário tem especificidades no que se refere à implementação das diretrizes das políticas de saúde que se fundamentam na humanização da assistência. Ainda em 2001, o Hospital das Clínicas/UFMG participou do programa de humanização hospitalar propagado pelo Ministério da Saúde. Nessa fase, valorizou os projetos de extensão sobre o tema e que atendiam aos interesses do ensino e do serviço. Na segunda fase, iniciada em 2003 com a ampliação da estratégia de humanização para a gestão dos diferentes níveis de serviços, introduziu-se a visita aberta, dispositivo que envolveu diferentes setores e atores sociais da instituição. As duas experiências mostraram sua capacidade de promover mudança nos processos de trabalho e na relação com paciente e familiares no sentido do “acolhimento”. Porém, para transformar o modelo de gestão, dando lugar ao protagonismo do usuário, é preciso também alterar a mentalidade, a cultura institucional.

Palavras-chave: Acolhimento; Extensão Universitária; Hospital; Humanização.

ABSTRACT

The University Hospital has special characteristics as regards the implementation of health care that are based on health care humanization guidelines. In 2001, the Hospital das Clínicas/UFMG participated in the Ministry of Health program of hospital care humanization, valuing the extension projects on the issue that answered the teaching and the service interests. In the second phase, beginning in 2003 with the expansion of the humanization strategy to the management of the different service levels, the device involved different sectors and social workers in the Institution. Both experiences showed the ability for promoting changes in the working process and in the relationship with patients and their families regarding the “reception”. However, it is necessary to change de management model, giving place to the User prominence as well as changing the mindset, the institutional culture.

Key words: Welcoming, Academic extension, Hospital, Humanization.

INTRODUÇÃO

Nascido nos movimentos sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um novo modelo de assistência no Brasil no que se refere ao cuidado em saúde. Porém, desde sua criação, há permanente esforço para superar obstáculos e garantir os princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade da atenção, que se apresentam como desafio para todos os seus profissionais. A proposição mais recente é utilizar a busca da humanização da atenção como estratégia para impulsionar mudanças nos serviços.

¹Terapeuta Ocupacional, coordenadora do Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Gestão Hospitalar
²Professora Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição:
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina/UFMG
Avenida Alfredo Balena, 110
Belo Horizonte – MG
CEP: 30130-100
Email: patricia@hc.ufmg.br
rosa@medicina.ufmg.br

A polissemia da palavra humanização¹ pode levar a diferentes interpretações do que seja humanizar. Por isso, o relato de experiências pode contribuir para indicar caminhos e mostrar dificuldades que surgem para a efetivação dessa política na prática dos serviços de saúde.

O Hospital Universitário tem sua especificidade, por ser ao mesmo tempo local de assistência, ensino e produção de conhecimento. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) foi um dos primeiros a fazerem parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)² do Ministério da Saúde, iniciado em 2001. Antecedendo à adesão efetiva ao Programa a mobilização espontânea de profissionais da instituição em torno da questão, tendo sido criada a Comissão de Humanização que liderou o processo de implantação do PNHAH. Ao final dos trabalhos, no mesmo ano, estava em funcionamento o Programa de Humanização do HC/UFMG.

As principais ações nos primeiros dois anos de atuação da Comissão foram a sensibilização da comunidade hospitalar e o agrupamento dos diferentes projetos. E mesmo antes de a humanização ser parte de uma política pública de saúde, o Hospital já vinha desenvolvendo ao longo do tempo ações que visavam ao bem-estar dos pacientes. Foram, na ocasião, identificados cerca de 50 projetos que teriam algum vínculo com o tema e, destes, oito eram de extensão universitária.

Em 2003, o Ministério da Saúde ampliou o escopo de humanizar a assistência para todos os demais níveis de atenção do SUS. Transformava-se o que era um programa direcionado para determinada instância do sistema em uma política nacional, tomando a humanização como estratégia para o aumento da qualidade do atendimento e para a gestão dos serviços.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH)³ traça diretrizes para a ação e uma metodologia de atuação, por meio da implantação de dispositivos que funcionariam como “disparadores” para sua disseminação nas instituições de saúde.

No Hospital das Clínicas, a primeira medida de significativa repercussão nessa segunda fase da política de humanização foi a ampliação do horário de visitas, ação que atende ao princípio da defesa dos direitos dos usuários, exposto na PNH.

METODOLOGIA

Na primeira fase de funcionamento do Programa de Humanização do Hospital, de 2001 a 2003, destacou-se como meta a aglutinação dos diferentes projetos de extensão relativos à humanização, em atividade nas diferentes unidades do Hospital. Posteriormente, por indução da Pró-Reitoria de Extensão da UFMG, cuja política de distribuição de bolsas para estudantes da Universidade incentivava a apresentação conjunta de projetos vinculados a um tema, o Programa também passou a ser referência para essa instância universitária.

Na segunda fase, a introdução da visita ampliada “disparou” outras dimensões previstas na Política Nacional de Humanização, relacionadas a cogestão, acolhimento e valorização do trabalhador. Isto porque a proposta atingia todos os setores, do apoio às gerências de unidades.

A ideia de implantar a visita aberta no HC/UFMG já vinha sendo discutida junto com os gestores e se intensificou no segundo semestre de 2005 com as negociações com gerências e coordenações de setores estratégicos. Paralelamente, foram realizadas visitas em outros hospitais, encontros com consultores da PNH no Ministério da Saúde, até a apresentação da proposta no Colegiado Gestor. Esse movimento foi compondo um quadro mais favorável para a discussão da metodologia de implantação.

Em 2006, consultores do Ministério da Saúde realizaram oficinas com trabalhadores da portaria, serviços de apoio e das unidades assistenciais, com o objetivo de refletir sobre o impacto da visita ampliada sobre os processos de trabalho e construir as propostas para sua implantação. O Colegiado Gestor do Hospital discutiu e aprovou a proposta final, com a criação de uma comissão de implantação e acompanhamento que posteriormente foi incorporada ao Grupo de Trabalho em Humanização (GTH).

Foram desencadeadas várias ações relacionadas: controle de acesso, segurança, adequação de espaços físicos, revisão de normas e treinamento equipes. E em 02 de junho de 2006, iniciou-se no HC/UFMG o horário ampliado, que passou a ter nove horas de visitação diária.

O acompanhamento da introdução da visita ampliada se deu por encontros regulares entre os membros do GTH e os trabalhadores das unidades diretamente envolvidas no processo, levantando adequações necessárias e buscando soluções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando o Hospital das Clínicas “acolheu” a proposta da política de humanização, permitiu que se explicitassem ações humanizadoras já existentes e abriu caminho para a incorporação de novas práticas no cotidiano da instituição. No entanto, havia uma inquietação de como reunir, em um eixo comum: ações referentes aos projetos de extensão universitária, ações pontuais para melhoria da qualidade da assistência que surgiam, visando atender aos direitos dos usuários, valorização do trabalhador e implantação das proposições da Política Nacional de Humanização.

A ideia de acolhimento abrange todas essas iniciativas; é a essência das propostas de reorientação da atenção à saúde⁴, considerada como o processo e a estratégia fundamental na reorganização da assistência, na busca da inversão do modelo tecnocrático, de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho.⁵ Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário em uma unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema. Por meio da noção de acolhimento foi possível construir um referencial único que abrigasse as duas principais vertentes organizadas das ações humanizadoras no hospital: as atividades de extensão e a implantação efetiva da PNH.

O acolhimento é “escuta, valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo”.⁵ Em um hospital, sobretudo, a necessidade de uso desse tipo de comunicação emancipadora e não somente instrumental⁶ é indispensável, considerando-se o sofrimento e angústia que geralmente acompanham a internação.

O HC/UFMG é um hospital de referência para quadros graves e de difícil manejo. Trata-se de um local, portanto, onde a prática do acolhimento é demanda permanente.

As atividades de extensão e a humanização

Como comenta Hennington⁴, há pouca produção científica sobre a extensão universitária e diferentes significados para o termo. Entre eles incluem-se a extensão como prestação de serviços e a extensão como

instrumento político-social. Segundo o mesmo autor: “na área da saúde, [os projetos de extensão] assumem particular importância, na medida em que se integram à rede assistencial; e podem servir de espaço diferenciado para novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde”.

O HC-UFMG, como centro de educação em saúde, está aberto à experiência extensionista, que inclui a participação de funcionários e de professores. Os projetos em desenvolvimento, no hospital, antes dispersos, quando se juntaram em um programa adquiriram mais visibilidade e se revelaram como grandes potencializadores da proposta de humanização. Surgidos, em geral, de demandas assistenciais e/ou acadêmicas pontuais, com o tempo adquiriram consistência e permanência e seus participantes passaram a desempenhar o papel ativo de atores institucionais.

No Plano Nacional de Extensão Universitária⁷, tais atividades são vistas “como um processo educativo que possibilita a relação transformadora entre universidade e sociedade”, o que se aplica ao objetivo de mudança do modelo de atenção em saúde. Por sua vez, as práticas extensionistas atendem à diretriz de inclusão da discussão sobre a humanização na educação continuada nos diversos níveis da formação em saúde (graduação, pós-graduação e extensão em saúde) da PNH.

Do ponto de vista da formação acadêmica, evidentemente, é importante que a discussão dos princípios da política de humanização aconteça na formação profissional, porém, mais significativo ainda é a oportunidade de o estudante vivenciá-la no dia-a-dia de cada serviço. É no fazer, em cada discussão, atitude, procedimento, orientação, olhar, que a humanização da atenção acontece. As atividades de cada projeto, por si sós, já representam um caráter transformador da realidade social, porque propõem, de modo geral, formas alternativas de cuidado aos usuários.

A presença do estudante participante de projetos de extensão universitária ainda sem domínio do conteúdo específico de sua formação, como se pode observar no cotidiano do hospital, é pautada na conversa, em tentativas cuidadosas e solícitas de diálogo com o paciente e com os familiares, operando, assim, intuitivamente na noção de acolhimento.

Em relação à educação profissional, esse cotidiano é terreno fértil para o estudante exercitar na prática o conhecimento teórico, relacionar-se com profissionais de outras áreas, conhecer o mercado de trabalho, adquirir amadurecimento profissional e



pessoal e desenvolver consciência social e política. A forma de relação que ele estabelece com os diferentes profissionais os expõe à interdisciplinaridade e, em decorrência, ao trabalho em equipe.

A implementação da visita aberta

O Ministério de Saúde, por meio de seus consultores, tem incentivado o alargamento do horário de visita nos hospitais do SUS⁸. A proposta decorrente da Política Nacional de Humanização de inclusão da visita aberta nos hospitais públicos apresenta argumentos que combinam princípios humanistas ligados ao conforto do paciente e de parceria do familiar nos cuidados no hospital e após a alta, pois a permanência mais prolongada do visitante permitirá aos familiares aprender técnicas de ajuda aos seus doentes no papel de cuidador leigo. Entre as vantagens, é também apontada a possibilidade de um melhor diálogo entre os profissionais de saúde e os parentes dos pacientes.

Como salienta a própria Cartilha da PNH⁸ sobre o tema, a visita aberta e o acompanhante nos serviços de saúde são vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida. Pode-se dizer que, no caso do HC/UFMG, de início, a presença de mais pessoas nas suas dependências parecia a todos uma temeridade, pela dimensão das mudanças que se previam. Porém, sua implementação acabou por funcionar como um exemplo do envolvimento de diferentes atores sociais: usuários, trabalhadores e gestores para a consecução desse objetivo.

Na realidade, a ampliação do horário de visita para todos os pacientes não se esgota em si mesma, mas incita a adoção de novas práticas de gestão para o acolhimento a familiares dos pacientes. Provoca a intensificação do trabalho em equipe/equipes de referência, a discussão e o redimensionamento dos espaços físicos e dos lugares das interações entre trabalhadores e visitantes ou acompanhantes. Na visão do Ministério da Saúde, a presença do acompanhante, do visitante, do familiar no ambiente hospitalar pode modificar as relações de poder na instituição de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Implica também reorientação na prática profissional, norteada na interação com o contexto de vida do paciente.⁸

A experiência da preparação da ampliação da visita mostrou o encadeamento de uma série de dis-

positivos e ações, discutidos e implementados, todos ao mesmo tempo; no campo da negociação: a gestão colegiada e o envolvimento dos componentes do grupo de trabalho com os vários setores implicados; medidas de ordem prática de definição e divulgação de normas de comportamento para acompanhantes e visitantes, condizentes com as propostas atuais de direitos e deveres do usuário; de renegociação dos espaços físicos para criar locais de convivência; criação de equipes de referência para o acolhimento em cada unidade; elaboração de novos projetos que discutam e capacitem trabalhadores e voluntários para receber o usuário, com base no impacto que sua inserção e de sua rede social trazem aos processos de trabalho; e o acompanhamento e avaliação da implantação da visita e de seus desdobramentos.

Com a visita ampliada, a noção de acolhimento se torna o referencial para qualificar as ações nas diferentes unidades. O desenvolvimento do “Projeto de Acolhimento” com os objetivos de realizar oficinas de discussão e capacitar os trabalhadores para atendimento aos usuários nas portas de entrada e nos demais setores do hospital tem o compromisso com a filosofia e a ética implicadas nessa noção.

Lições aprendidas

Implantar as diretrizes da PNH em uma instituição do porte do HC/UFMG não é tarefa fácil e traz em si muitos desafios.

Um primeiro desafio é manter vivo e atuante o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH). Mais que o preparo técnico para o desenvolvimento das ações de humanização, o grupo deve ser lugar de construção dessas ações com base nas experiências do cotidiano. É estratégico compor o grupo com pessoas que possam desencadear as discussões necessárias e disseminar entre o maior número de pessoas as práticas da PNH.

A ideia do protagonismo do usuário e de seus direitos nos serviços de saúde, explícita nas orientações da PNH, ainda precisa ser equacionada no sentido do equilíbrio entre usufruir os direitos e cumprir os deveres de usuário, seja paciente ou familiar. A falta de delimitação mais clara pode confundir e provocar atritos entre usuários e profissionais. É, pois, imprescindível elaborar normas internas estruturadas e pactuadas com base nas regulamentações existentes, que devem ser amplamente divulgadas.



É necessária também ampla divulgação dos princípios, objetivos e metodologias da PNH para os trabalhadores, dirimindo dúvidas e receios, utilizando metodologias apropriadas de modo que se possa construir, no coletivo, uma proposta concreta.

Grandes instituições hospitalares vivem o dilema de querer implantar ações/dispositivos de humanização, mas esbarram em limites físicos e arquitetônicos que são reais, concretos e, na maioria das vezes, sem previsão de mudanças. A discussão da ambiência torna-se, então, difícil e penosa, pois ela significa não só mudar conceitos e processos de trabalho, mas, muitas vezes, adequar dificuldades, negociar impossibilidades, vencer resistências.

Vencer resistências é outro desafio significativo. Resistência quer dizer oposição, obstáculo, reação. As resistências precisam ser identificadas, ouvidas, acolhidas. Só assim é possível propor formas de resolução das questões apresentadas, buscando sempre mais proximidade com os profissionais, objetivando construção de parcerias. É por meio das parcerias que se constrói uma rede de pessoas e ações que fortalecem, sustentam e capilarizam os princípios da PNH no cotidiano da instituição.

Há também que se considerar o ritmo em que as mudanças ocorrem, o que está diretamente relacionado à cultura vigente no sistema de saúde e, especificamente, na instituição onde acontece esse movimento. Priorizar o ato do cuidado e o acolhimento traz uma série de implicações para a gestão, processos de trabalho, saúde do trabalhador e para o usuário. Cada um desses atores tem seu ritmo para assimilação das novas propostas.

A definição de estratégias de monitoramento e avaliação também é essencial para permitir mais clareza do impacto da implantação das diretrizes da PNH. É preciso executar a escuta qualificada, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. E também propor metas e desenvolver indicadores específicos que atendam às demandas institucionais. Aqui o desafio está não apenas em apropriar-se desse dispositivo, mas entendê-lo e utilizá-lo como um potente instrumento de gestão.

CONCLUSÕES

A experiência de mudança do modo de gestão para incorporar a proposição de incluir o usuário como protagonista do atendimento nos serviços de saúde

é meta mais complexa quando se refere ao hospital. Instituição historicamente caracterizada pela disciplina rígida, organizada em função de mais facilidade de administração dos procedimentos⁹ e de controle dos doentes, a inversão implica principalmente mudanças de mentalidade em relação ao processo de trabalho.

Podem acontecer apenas modificações de “fachada” ou pontuais nas relações sociais do processo de trabalho, aumentando o volume de tarefas, sem entrar no cerne da organização do trabalho. Para que haja a transformação desejada, é necessário mudar a concepção do que seja o cuidado, de tal forma que se expresse em práticas perceptíveis em todo o ambiente de trabalho. Transformações que se manifestem nas relações sociais cotidianas, na forma de distribuição do poder e de organização do espaço físico. A indução das políticas públicas não é suficiente para a garantia de integração das proposições na cultura institucional. É preciso compromisso efetivo e vigilante da instituição como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Mota JAC, Nehmy RMQ, Costa MA. A humanização da assistência: humanizando o que é mais do que humano, o direito à saúde e ao bem-estar. In: Haase FO, Ferreira FJP, organizadores. Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed; 2009. p.579-87.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
4. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1):256-65.
5. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1):81-9.
6. Habermas J. Conhecimento e interesse. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
7. Brasil. Ministério da Educação. Plano nacional de extensão universitária. [Citado em 08/09/2009]. Disponível em: <http://www.renex.org.br/documentos.php>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
9. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1994.

Animação cultural em hospitais: experiências com lazer no programa de humanização da assistência hospitalar no hospital das clínicas da UFMG

Cultural activities in hospitals: experiences with leisure in the program of Hospital Care Humanization in the UFMG Hospital das Clínicas

Hélder Ferreira Isayama¹, Gabriela Baranowski Pinto², Tatiana Roberta de Souza³, Fernanda Tatiana Ramos Siqueira⁴, Laís Machado Nunes⁵, Natália de Sousa Araújo⁶

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências do Projeto de Extensão Universitária “Animação Cultural em Hospitais”, desenvolvido no Ambulatório Borges da Costa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). O projeto faz parte do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do HC/UFMG desde 2006, apoiado nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). As intervenções são desenvolvidas por acadêmicos dos cursos de Educação Física e Turismo junto a crianças atendidas pela clínica de Hematologia. Com base na animação cultural, a proposta é ampliar e diversificar as possibilidades de vivências de lazer na perspectiva lúdica para as crianças que frequentam o ambiente hospitalar; minimizar a distância entre os sujeitos e os espaços urbanos de interesse turístico; e promover a ressignificação do ambiente hospitalar e da hospitalização, tendo em vista a concretização dos princípios da PNH. Em virtude das intervenções, perceberam-se algumas mudanças nos pacientes e familiares: novos comportamentos e concepções acerca dos espaços, da hospitalização, da humanização, do brincar, do lazer, da infância, da Educação Física e do Turismo.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Hospitais de Ensino; Atividades de Lazer; Cultura; Criança.

ABSTRACT

This article objective is to report the experiences of the University Extension Project “Cultural Activities in Hospitals” / Projeto de Extensão Universitária “Animação Cultural em Hospitais”, carried out in the Ambulatório Borges da Costa of Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). The project is part of the UFMG Hospital das Clínicas Program of Humanization of Hospital Care since 2006, based on the guidelines of the National Humanization Policies / Política Nacional de Humanização (PNH). The interventions are developed by the Physical Education and Tourism students for the children care by the Clinic of Hematology. Based on the cultural activity, the proposal is to expand and diversify the opportunities of leisure in the ludic perspective for the children in the hospital environment; minimizing the distance between the patients and the tourist interests of urban spaces; and to promote the meaning of the hospital environment and the hospitalization, taking into account the National Public Health principles. Due to the interventions, some changes were noted on the patients and their families: new behaviors and conceptions about the spaces, the hospitalization, the humanization of playing, leisure, childhood, Physical Education and Tourism.

Key words: Assistance Humanization; School Hospitals; Leisure Activities; Culture; Child.

- ¹ Docente do Programa de Mestrado em Lazer da UFMG. Líder do Grupo de Pesquisa Oricolé – Laboratório sobre Formação e Atuação Profissional em Lazer da UFMG. Membro do Grupo de Pesquisa em Lazer (GPL-Unimep).
² Licenciada em Educação Física. Mestre em Lazer pela UFMG.
³ Bacharel em Turismo. Mestranda do Programa de Mestrado em Lazer da UFMG. Bolsista da CAPES.
⁴ Discente do Curso de Graduação em Educação Física. Bolsista da Pró-Reitoria de Extensão da UFMG.
⁵ Discente do Curso de Graduação em Educação Física. Bolsista de Iniciação Científica da Fapemig.
⁶ Discente do Curso de Graduação em Educação Física. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) – Educação Física e Lazer.

Instituição:
CELAR/EEFFTO/UFMG

Endereço para correspondência:
Av. Pres. Antônio Carlos 6627 – Pampulha
Belo Horizonte – MG
CEP: 30270-901
Email: helderisayama@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a relatar as experiências do projeto de extensão “Animação Cultural em Hospitais”, desenvolvido no ambulatório Borges da Costa, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), realizadas por estudantes de Educação Física e Turismo. O projeto faz parte do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do HC/UFMG desde 2006, apoiado nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), ligado à Pró-reitoria de Extensão desta universidade.

Pretende-se ampliar e diversificar as possibilidades de vivências de lazer na perspectiva lúdica para as crianças que frequentam o ambiente hospitalar; minimizar a distância entre os sujeitos e os espaços urbanos de interesse turístico; e promover a ressignificação do ambiente hospitalar e da hospitalização, tendo em vista a concretização dos princípios da PNH.

Ao se falar de humanização, torna-se necessário resgatar a dimensão humana que toda prática de saúde pressupõe. Assim, há a possibilidade de desenvolvimento de ações de humanização ligadas ao lazer e à animação cultural junto aos sujeitos envolvidos com o ambiente hospitalar: pessoas em tratamento, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e acompanhantes.

O lazer não é um fenômeno isolado, ele estabelece relações com as diversas dimensões da vida (o trabalho, a política, a saúde, a educação, a economia). Assim, compreende-se o lazer como:

[...] uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo (p.125).¹

No contexto da atuação profissional em lazer, a animação cultural é entendida como uma tecnologia educacional pautada na ideia radical de mediação, permitindo compreensões sobre os sentidos e significados culturais, construídas com base no estímulo às organizações comunitárias.² Essa proposta da Pedagogia Social não se restringe a um campo único de intervenção, apresentando-se como possível na escola, na família, nos sindicatos e também nos espaços de lazer, foco de intervenção desse projeto. Portanto,

a animação cultural constitui uma possibilidade de atuação de profissionais da Educação Física, do Turismo e do Lazer.

METODOLOGIA

O projeto conta com a participação dos acadêmicos do curso de Educação Física e Turismo (bolistas e voluntários). O público-alvo são sujeitos com idades entre quatro e 15 anos, atendidos pela clínica de Hematologia no Ambulatório Borges da Costa do HC/UFMG e aquelas que acompanham seus irmãos às consultas e que, portanto, têm parte do seu tempo comprometido em decorrência da doença. Busca-se, também, alcançar pais e profissionais do ambulatório a fim de contribuir para a melhoria das relações pessoais nesse espaço e para a troca de experiências que possam conduzir a um entendimento mais crítico acerca da infância, do ambiente hospitalar, do lazer e da animação cultural.

A Educação Física, na perspectiva do lazer, é entendida a partir de uma concepção abrangente, comprometida com vivências lúdicas diversificadas e construídas coletivamente, que podem ser desenvolvidas como meio e fim educacionais. Nesse sentido, é apresentada uma variedade de atividades (jogos, brinquedos e brincadeiras, bricolagem, danças, esportes, capoeira), as quais são complementadas por sugestões das crianças, que definem, juntamente com os estagiários, as vivências realizadas.

Entende-se o turismo como um fenômeno social e espacial intimamente relacionado ao lazer, cujo elemento mais importante é o sujeito, sua interação com o lugar visitado e com a cultura local. Dessa forma, o trabalho desenvolvido fora do hospital é constituído por passeios a lugares turísticos da cidade. Atividades diversas são planejadas pelos acadêmicos com o objetivo, sobretudo, de ampliação das vivências desses sujeitos nos diferentes lugares, de forma a promover uma apropriação mais efetiva e crítica desses espaços. A escolha pelo local de realização do passeio é feita juntamente com as crianças atendidas pelo projeto.

As intervenções no hospital são realizadas no período da tarde, com duração de aproximadamente três horas, e os passeios uma vez por semestre. Os espaços utilizados são a brinquedoteca, os corredores do Ambulatório Borges da Costa, bem como locais de interesse turístico da cidade, tais como: parques, museus, praças.

Ao longo do semestre, são definidas temáticas a serem trabalhadas, com o intuito de produzir uma reflexão mais aprofundada a partir da vivência das atividades propostas. Essas temáticas ressaltam diferentes questões da sociedade atual, como: meio ambiente, artes, corpo, cidade, entre outros.

O desenvolvimento desse projeto é consolidado por meio da realização de reuniões semanais destinadas ao planejamento, organização e avaliação do trabalho, bem como às discussões de assuntos envolvendo humanização, saúde, lúdico, criança, lazer, animação cultural e ambiente hospitalar. Além disso, são promovidos encontros com profissionais de diversas áreas com o fim de aprimorar os conhecimentos necessários à realização do projeto.

As ações são avaliadas por meio de diálogo entre os envolvidos no projeto, incluindo crianças e pais, com base no registro de impressões e observações no decorrer das atividades propostas. Também são realizadas reuniões semanais entre supervisores e estagiários do projeto e, periodicamente, entre supervisores, estagiários e coordenadores do projeto no hospital, para discutirem-se metodologias, conteúdos, avaliações, conhecimentos sobre a realidade das crianças, entre outras questões.

DISCUSSÃO

O ambiente hospitalar é comumente visto como um espaço frio, solitário, desconhecido, gerador de incertezas e medo.³ De acordo com Caprara e Franco, a realidade do hospital é caracterizada pela sobreposição das regras técnicas ao comportamento espontâneo da vida diária, onde se visa a tratar a doença física com fármacos e procedimentos de intervenção no corpo.⁴ Portanto, com as normas de conduta estabelecidas, espera-se que o enfermo comporte-se com passividade e discrição, o que resulta em sua sistemática despersonalização. Nesse sentido, a humanização hospitalar possibilita reflexões sobre a construção de um novo olhar sobre essa realidade.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) entende a humanização como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana, levando-se em conta circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo o relacionamento humano. Esse documento, criado em maio de 2000, propõe um conjunto de ações integradas visando mudar o padrão de assis-

tência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil e cujo objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.⁵

Pensar a humanização hospitalar é, portanto, pensar em respeito à vida humana e no reconhecimento dos direitos dos sujeitos. Neste quadro, torna-se essencial a compreensão do lazer como um fenômeno que deve integrar as discussões sobre a humanização. Destaca-se que o lazer é um direito de cidadania presente na Constituição Federal do Brasil (art. 6º, 7º, 217 e 227)⁶ e em vários outros documentos de âmbito federal, estadual ou municipal⁷. Dessa forma, considera-se que humanizar o ambiente hospitalar é também superar as barreiras existentes nesse espaço que restringem a vivência do lazer, essencial na vida de todas as pessoas, em qualquer fase da vida.

Abordar o lazer e a animação cultural nesse projeto tem auxiliado na disseminação de ideias humanizadoras na medida em que: minimiza-se a ansiedade dos sujeitos para o momento da consulta; ocupa-se o tempo de espera com atividades próprias do universo infantil; procura-se diversificar as vivências culturais das crianças; e contribui-se para a melhoria das relações interpessoais. Essas constatações também foram referidas pela pesquisa realizada por Pinto⁸, que identificou as funções assumidas pelo lazer no cenário hospitalar.

No âmbito em que o projeto é desenvolvido, uma questão central é a adesão ao tratamento, uma vez que este é longo e exige dedicação, modificando a rotina das crianças e impondo algumas limitações. Além disso, o cotidiano dos pais também é alterado, pois exige frequente acompanhamento a seus filhos. A intervenção no projeto pode colaborar com esse ambiente, tornando-o menos doloroso. Assim, as crianças passam a enxergar o hospital de forma mais acolhedora, modificando a percepção sobre o espaço.

Cabe ressaltar que não se pretende tratar o lazer e a animação cultural desenvolvidos no espaço hospitalar como se fossem ações acrílicas e descontextualizadas, difundindo somente a ideia de ocupação do tempo ocioso e de minimização dos efeitos da doença. As intervenções devem ser também visualizadas como um ato político, no qual se estabelece uma relação dialética com a esfera social mais ampla. Salienta-se a possibilidade de que o ambiente hospitalar se apresente como um espaço no qual as pessoas possam se relacionar, transcendendo os valores estabelecidos e se permitindo vivenciar a ale-

gria, o prazer e o lúdico, que não são comuns a essas instituições.

Acredita-se que a participação das crianças na construção, desenvolvimento e avaliação das intervenções é uma das bases para a concretização desse projeto. A participação é um direito, um exercício pleno da liberdade e da cidadania, sem a qual é impossível construir e consolidar a democracia. A partir do estímulo à participação pode-se modificar o *status quo* vigente, criar e recriar diferentes realidades, gerando, em conjunto com os sujeitos, vivências mais consistentes.

As intervenções do projeto são construídas e desenvolvidas com o auxílio das crianças. Apresenta-se a elas propostas de atividades e brincadeiras, incentiva-se a proposição de novas brincadeiras, a reflexão sobre o significado de seus gestos, a organização de diferentes formas de brincar e a criação de novas vivências, pautadas em sua imaginação e criatividade. Trata-se, portanto, de momentos de construções coletivas, ativas e contextualizadas nos quais, como ressaltam Alves Júnior e Melo⁹, entende-se a animação cultural por meio do “paradigma dialético”, ou seja, como construção de uma democracia cultural. Dessa forma, “o animador considera a realidade com base no panorama em que ele se insere, tentando interpretá-la de forma global, complexa, dialética e diacrônica” (p.63).

Aproximando essa realidade da discussão da humanização, identifica-se no trabalho de Campos¹⁰ a ideia de “desumanização”, que está relacionada a um acentuado desequilíbrio de poder nas interações sociais. Assim, o grupo que concentra o poder se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro e acaba por reduzi-los ao caráter de objetos, que são manipulados em função dos interesses e necessidades de quem domina. Por isso, o autor comenta que não há como ter projetos de humanização se não houver democratização das relações interpessoais no interior das instituições e das ações, aspecto considerado nas intervenções desse projeto.

Deslandes¹¹ afirma que o objetivo principal do PNHAH é aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre o hospital e a comunidade. A autora compreende que a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional. Para que se tenha um atendimento humanizado, deve existir, portanto, o diálogo entre os profissionais de saúde e pacientes. Neste sentido, busca-se no projeto a construção do diálogo com as

crianças, seus familiares e com os profissionais que atuam na instituição.

O envolvimento com os pais e familiares das crianças, de forma a integrá-los nas ações, sempre foi um ponto discutido e uma importante condição para uma boa atuação do grupo e para a participação das crianças nas atividades. Observa-se que, com o incentivo dos pais, as crianças se sentem mais seguras e à vontade para se apropriarem do momento e do espaço das intervenções.

Busca-se ampliar a participação nas intervenções, mas algumas crianças se recusam a brincar e é nesse primeiro contato que os pais contribuem de forma significativa. Muitos incentivam os filhos a participarem das atividades, acompanhando-os até a brinquedoteca e observando-os durante toda a atividade.

Verifica-se que, devido à gravidade da doença dos filhos, há tendência dos pais e familiares à superproteção. Muitas crianças são proibidas de correr, de sentar no chão e até mesmo de brincar, tamanha a preocupação com a saúde dos filhos. Apesar dessa superproteção, tem-se constatado que a distância existente entre os estagiários do projeto e os pais das crianças vem se estreitando gradativamente. Os passeios, em especial, contribuem de forma significativa, uma vez que uma das condições para que a criança participe é estar acompanhada dos pais ou de um responsável, que acabam participando de toda a atividade proposta e, portanto, ficam mais próximos do grupo de animadores e podem compreender melhor o trabalho desenvolvido.

Tem-se notado a crescente participação dos pais, ainda que de forma indireta. Em relação ao brincar e, mais amplamente, à infância, alguns pais, apesar da atitude predominante em nossa sociedade de subjugar tais elementos a posições de menos importância frente às diversas “obrigações” e “compromissos” cotidianos, passaram a dedicar mais apoio e valorização aos mesmos. Isso pôde ser evidenciado, por exemplo, no envolvimento com as brincadeiras, no respeito às mesmas, no cuidado para não interromper as atividades, na permissão dada aos filhos para brincarem um pouco mais após as consultas e na disponibilidade em acompanhar as crianças nos passeios e participar das atividades propostas. No entanto, observa-se, ainda, que alguns pais agem de forma contrária, dedicando menos atenção a esses aspectos e reservando à vivência de lazer a função única de ocupação do tempo das crianças enquanto aguardam pelo atendimento médico.

Com a utilização do espaço hospitalar para atividades geradoras de diversão, agitação e barulho, registraram-se novos comportamentos e olhares dos profissionais do ambulatório (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) sobre a brinquedoteca e sobre o trabalho. Alguns desses profissionais que, a princípio, acompanhavam distantes as intervenções passaram a interagir mais com as crianças. E foi a partir dessa interação que uma troca mais profunda de saberes entre a equipe e os animadores passou a ocorrer, o que contribui para uma visão mais integral das crianças, da doença, das limitações e das possibilidades de ação.

Essa troca de saberes contempla o princípio da PNH de implementação de um trabalho em rede nos processos de cuidado em saúde, conforme enfatizado por Benevides e Passos¹². Esse princípio procura transcender a forma de trabalho fragmentado que historicamente tem sido reproduzido. Trata-se agora de reverter um processo já consolidado, na perspectiva de ampliar as trocas de saberes e oferecer cuidado integralizado ao usuário.

Considerando que um dos princípios da PNH é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, faz-se necessário mais diálogo entre os componentes das equipes de profissionais, resultando em interdisciplinaridade. Apesar de ser um desafio, a interdisciplinaridade se constitui como uma necessidade para constante avaliação e aperfeiçoamento no trabalho de humanização.

Nesse ambiente, um aspecto a ser destacado refere-se à percepção das áreas da Educação Física e do Turismo. Percebeu-se o quanto essas duas áreas estão relacionadas e como a elas, frequentemente, são atribuídas intervenções e formas de trabalhar muito específicas e tradicionais. O trabalho no hospital é, portanto, uma forma de afirmar, tanto para os acadêmicos como para a sociedade, a multiplicidade de formas e possibilidades de atuação desses profissionais.

Acredita-se que o conhecimento e a prática da interdisciplinaridade qualificam os profissionais para uma atuação mais crítica e fazem compreender melhor o papel social dos animadores culturais na educação para e pelo lazer. A partir do Lazer – aqui entendido como um amplo e interdisciplinar campo de estudos, pesquisas e atuação –, a Educação Física e o Turismo têm se aproximado à medida que o trabalho em conjunto nesse projeto tem possibilitado a ambos conhecer as especificidades de cada área e compartilhar percepções em relação ao tema lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atuação da equipe, busca-se a construção coletiva de intervenções lúdicas, dentro e fora do hospital, que possam enriquecer o cotidiano das crianças em fase de tratamento. Para tanto, é necessário reconhecer a proposta de humanização como elemento central para a transformação nesse ambiente, compreendendo o espaço hospitalar como um local multiplicador de relações, representando, assim, momentos de experiências e conhecimentos. E, nessa esfera, os sujeitos históricos podem buscar entender o significado de seus gestos de forma consciente, crítica e criativa.

A respeito do espaço hospitalar e da hospitalização, percebe-se, principalmente em relação às crianças e aos pais, uma mudança na maneira de se apropriar e conceber tal ambiente. Este passou a representar, para muitas, um lugar com o qual se identificam, interagem com outras crianças e onde é lícita e possível a vivência da ludicidade. Essa mudança em relação aos lugares, em geral, também pôde ser verificada a partir dos passeios que, por se tratarem de visitas a espaços públicos, contribuíram para melhor identificação das crianças com os lugares visitados, despertando nelas um sentimento de propriedade e de pertencimento em relação aos mesmos e dos quais, portanto, poderiam utilizar e se apropriar quando e como quisessem.

De qualquer forma, acredita-se que tais vivências têm suscitado nas pessoas envolvidas uma visão mais integral sobre a criança que passa por tratamento médico, sobretudo no que se refere à percepção de seu lado saudável, desfocado da doença.

Nesse sentido, a atuação da equipe no hospital tem sido pautada em estratégias de mediação cultural que possam gerar reflexões construídas e problematizadas e que, dessa forma, ampliem o grau de vivências culturais desse grupo. Assim, uma das constantes preocupações dos animadores culturais é respeitar as individualidades dos sujeitos e educá-los para uma postura de participação e construção de novas vivências.

De fato, tem-se lidado com muitos desafios e ricas possibilidades, como: compreender e disseminar os princípios da PNH, assimilando o papel do projeto nesse contexto; ter disponível um espaço com várias limitações que ultrapassam o aspecto físico; trabalhar com um público de crianças de quantidade, faixa etária, classe social, condições diversas; perceber

a necessidade de promover mais inclusão das crianças portadoras de necessidades especiais; perceber a necessidade de se discutirem aspectos ligados à infância e à importância do brincar e aprender mais sobre suas dificuldades e interesses; ter que lidar em alguns momentos com sentimentos de dor e tristeza próprias, dos pais e das crianças. Tais desafios apresentam-se como estímulos à aquisição de mais experiência e ao alcance de soluções criativas que capacitem para a melhora desse trabalho, tornando-o mais abrangente no que se refere à sua proposta e ao público atingido.

REFERÊNCIAS

1. Gomes CL. Lazer - Concepções. In: Gomes CL, organizadora. Dicionário crítico do lazer. Belo Horizonte: Autêntica; 2004. p.119-26.
2. Melo VA. Animação Cultural: Conceitos e Propostas. Campinas: Papirus; 2006.
3. Almeida CF, Soares AF, Henriques C, Pinto GP, Oliveira MC, Moura RCB, Moreira RB, Peres FAZ, Werneck CLG, Isayama HF, Borges KEL, Rezende R. Compromisso social da Educação Física com crianças que passam por tratamentos hospitalares: intervenções lúdicas. Coletânea do Segundo Seminário "O Lazer em Debate"; 2001; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: UFMG/CELAR; 2001. p.172-8.
4. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública. 1999 Set; 15(3):647-54.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Citado em: 25 fev. 2008]. Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>.
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo (Brasil): Tecnoprint; 1988.
7. Gomes CL. Lazer, trabalho e educação: relações históricas, questões contemporâneas. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008.
8. Pinto GB. O Lazer em Hospitais: Realidades e Desafios [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2009.
9. Alves Júnior E, Melo VA. Introdução ao lazer. São Paulo: Manole; 2003.
10. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface. 2005; 9(17):389-406.
11. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciên Saúde Coletiva. 2004; 9(1):7-14.
12. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(3):561-571.

Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na Emergência de um Hospital Universitário

Construction of a methodology for health care follow up in the Emergency Room of a University Hospital

Amanda Almeida Mudjalieb¹, Cláudia E. Abbês Baêta Neves², Guilherme Cândido Costa³, Júlia Florêncio Carvalho Ramos⁴, Lidiane Pereira Raposo⁵, Verônica Duarte Processi⁶

RESUMO

O presente artigo traz uma experiência de acompanhamento do percurso dos usuários a partir de sua entrada no setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói-RJ. É discutida a metodologia utilizada para esse acompanhamento, construída considerando-se os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, visando dar concretude especialmente à diretriz do Acolhimento. Essa metodologia de acompanhamento do cuidado foi desenvolvida, portanto, de forma a favorecer as trocas e a produção de vínculos entre profissionais, usuários e famílias nos processos de produção do cuidado que é praticado, salientando-se o caráter coletivo das práticas em saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Políticas Públicas de Saúde; Acolhimento; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

This article presents an experience of monitoring the users starting from checking in at the Emergency Room of University Hospital Antônio Pedro, Niterói, RJ. We discuss the methodology used for such monitoring, taking into account the principles and guidelines of the National Policy of Humanization, especially in order to give concreteness to the guidelines of the Reception. This methodology for care monitoring was developed so as to promote exchange and links between professionals, patients and their families in the processes of health care follow up, emphasizing the collective nature of the medical practice.

Key words: Health Care Humanization; Health Public Policy; User Reception; Continuity of Patient Care. (*Patient Care Follow Up)

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo a discussão de uma metodologia de acompanhamento do cuidado desenvolvida no setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, construída no ano de 2007. Essa experiência foi fruto do estágio em Psicologia Social Institucional “Humanização como política pública de saúde” da Universidade Federal Fluminense, que aconteceu no período de 2005 a 2008.

O trabalho do estágio foi orientado pelos referenciais da Política Nacional de Humanização – PNH¹ e por conceitos da Análise Institucional² e teve como propósito a construção/fortalecimento de espaços de troca de experiências entre os dife-

¹Psicóloga, Sanitarista, cursando Mestrado em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

²Professora Doutora do Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense

³Psicólogo e Sanitarista

⁴Psicóloga – cursando pós-graduação lato sensu em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social – ENSP/Fiocruz

⁵Psicóloga

⁶Psicóloga - cursando pós-graduação lato sensu em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Pessoal - ENSP/Fiocruz

Participaram dessa experiência: Amanda Almeida Mudjalieb, Amanda Ribeiro Gonçalves, Ana Claudia Mello, Guilherme Candido da Costa, Janaína Silva Macedo, Júlia Florêncio Carvalho, Letícia Maria Renault de Barros, Lidiane Pereira Raposo, Miralda de O. Santos, Mirian Amorim Lemos, Renata de Souza Rozendo, Tatiana Clarkson Mattos, Valéria Rodrigues da Conceição e Verônica Duarte Processi, sob supervisão da professora do Departamento de Psicologia Cláudia Abbês Baêta Neves.

Instituição:
Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense – Departamento de Psicologia

Endereço para correspondência:
Rua Félix Gomes da Costa, 162, Piratininga – Niterói/RJ.
Cep: 24350-240

rentes trabalhadores, gestores e usuários no HUAP. A perspectiva foi de que a formação de equipe e a construção de espaços de discussão coletiva fossem estratégias fundamentais de intervenção nos modos de produzir saúde, fortalecendo e ativando processos de autonomia e protagonismo.

Assim, a atuação se pautou na análise do processo de trabalho e teve como foco de problematização as práticas institucionais, tanto as que se apresentavam como hegemônicas, alicerçadas na fragmentação e burocratização das práticas em saúde, quanto as que, mesmo invisibilizadas, resistiam à lógica de funcionamento vigente. O dispositivo das rodas de conversa promoveu encontros entre os diferentes atores no hospital e favoreceu a discussão dos problemas cotidianos e a socialização de informações, produzindo efeitos interessantes e funcionando como um modo de intervir na fragmentação do processo de trabalho, considerada um importante entrave no funcionamento da unidade.

Considerando os princípios da PNH – a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão – buscou-se, assim, criar estratégias para facilitar a comunicação intra e intergrupos, bem como discutir as práticas de saúde que se dão no cotidiano da Emergência, entendendo que elas não estão separadas do modo como se faz a gestão do serviço.

A PNH apresenta como diferencial em relação a outras estratégias de Humanização a própria concepção de humano com a qual trabalha. Considera-se o humano um ser em permanente processo de construção de sua humanidade e modos de existência. É nas relações com o outro, com aquilo que dele difere, que ele tem ativada sua potência de invenção de si e de modos de sentir e pensar o mundo.³ Assim, a Política propõe uma atuação com acento nas diferentes relações em meio às quais o humano se atualiza cotidianamente, nos modos de trabalhar, no cuidado consigo e com o outro, nos modos de fazer gestão e de acolher a alteridade. Nessa proposição, o que ganha relevo é o rompimento com um modelo de humano abstrato e universal a ser perseguido como ideal balizador do que se poderia denominar de prática humana ou desumana e a não-restrição da relação à sua efetivação intersubjetiva. É nesta direção que a PNH se faz como uma política transversal, diferente de um programa, pois sua pretensão é atravessar as práticas de produção de saúde, implicando mudança ética frente aos movimentos de burocratização e desvalorização da vida.

Para concretizar seus princípios e efetivar-se como um outro “modo de fazer” política pública, o método privilegiado da PNH é o da tríplice inclusão: dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; dos analisadores sociais; e do coletivo. Inclusão daqueles que participam diretamente do processo (profissionais de diversas categorias, gestores, usuários), mas também dos movimentos que tornam a mudança possível, movimentos estes que não pertencem propriamente a indivíduos nem se restringem às práticas já estabelecidas. Compõem, antes, uma dimensão coletiva que está para além da individual, sendo condição para a construção conjunta de redes e novas práticas em saúde no SUS.

A metodologia de trabalho que será discutida neste artigo teve como diferencial a possibilidade de ampliar o diálogo no hospital e também pôr em evidência funcionamentos na gestão do cuidado, bem como operacionalizar o acolhimento nas práticas em saúde. Aposta-se, então, num outro modo de estar no hospital, acompanhando o percurso de alguns usuários e, assim, tendo a possibilidade de compartilhar os processos que compõem a gestão do cuidado e os pontos nos quais esta é pouco resolutive.

ESTUDO DE CASO

Histórico

Para situar a construção da metodologia em questão, torna-se necessário abordar o trabalho que foi realizado no HUAP, bem como ressaltar alguns aspectos do funcionamento do hospital.

A partir do ano de 2005, a prática do estágio se traduziu na organização participativa e construção de rodas de conversa com equipes multiprofissionais. O trabalho iniciou-se com a discussão de dois dispositivos da PNH, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)⁴, cuja discussão foi disparada primeiramente na Porta de Entrada da Emergência; e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)⁵, que incluía principalmente trabalhadores das enfermarias. Nessa ocasião, o HUAP contava com serviço de Emergência aberto à demanda espontânea e importante referência na rede de saúde do município de Niterói. Posteriormente, o serviço de Emergência foi fechado para o atendimento de demanda espontânea, recebendo apenas alguns casos selecionados.

Foi um processo bastante conturbado em sua condução pelo grupo dirigente e doloroso tanto para alguns de seus trabalhadores quanto para a população do município.

Ao final do ano de 2006, uma série de acontecimentos no cotidiano do hospital contribuiu para o esvaziamento das reuniões de equipe que vinham acontecendo desde 2005. Entre esses acontecimentos destaca-se o confuso processo vivido com a mudança de gestão e as consequentes modificações nos rumos do trabalho, acrescido dos problemas decorrentes da insolvência das equipes com o término dos contratos dos trabalhadores terceirizados. Essas modificações eram sentidas pelos trabalhadores como intensificação do desgaste frente à pressão do acesso na porta de entrada, sobrecarga de trabalho, agudizadas pelo deslocamento de profissionais para a nova UTI e pelo fechamento compulsório do setor denominado repouso, lugar para o qual eram levados ou mantidos os pacientes com alto risco de morte. Esse setor concentrava o maior número de óbitos da Emergência e seu fechamento fez com que os números e casos de óbitos se distribuísem e tivessem visibilidade por todos os setores da Emergência, produzindo significativos desgastes na lida cotidiana com essas questões, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos usuários internados e seus familiares.

No início de 2007, foram marcadas reuniões para avaliar-se o trabalho desenvolvido no ano anterior, porém a presença de poucas pessoas evidenciou o esfriamento das discussões que vinham sendo realizadas e, ao mesmo tempo, possibilitou o questionamento da nossa inserção no HUAP e da burocratização que as reuniões haviam produzido. Percebeu-se a existência de distanciamento da matéria primordial do trabalho, ou seja, das práticas cotidianas do fazer em saúde no hospital. Revendo as estratégias, decidiu-se estar mais presente no cotidiano do serviço, conversando com os profissionais, reaproximando de forma a possibilitar discussões ali mesmo no setor.

A busca por *estar com* profissionais e usuários do HUAP foi o princípio fundamental que permitiu a reaproximação da Emergência, das enfermarias e de outros setores do hospital. Desenvolveu-se uma metodologia de acompanhamento do cuidado no segundo semestre de 2007, inicialmente apenas o grupo da Psicologia, e posteriormente buscou-se construir um estágio multiprofissional, com alunos de Serviço Social e Enfermagem. Considera-se esta experiência relevante, pois enfatiza modos concretos de dar

visibilidade aos entraves cotidianos dos serviços de saúde e para a construção de encaminhamentos que priorizam a resolutividade no processo de cuidado.

Metodologia de acompanhamento do cuidado

Tendo como objetivo o acompanhamento da gestão do cuidado, foram realizadas visitas diárias à Emergência do HUAP, sempre em duplas. Os usuários a serem acompanhados eram escolhidos inicialmente com auxílio da coordenadora da Porta de Entrada e o coordenador de Enfermagem da Emergência. Na medida em que o trabalho foi se desenvolvendo, contou-se com a ajuda dos próprios trabalhadores do Serviço de Emergência na indicação de usuários com mais tempo de permanência nos *boxes* da emergência, cuja média variava de 10 dias a um mês, ou os que aguardavam há mais tempo as avaliações de diferentes especialidades para conclusão de diagnóstico. Durante o período de um mês, foram acompanhados 16 usuários que estavam na Emergência, até a saída do hospital – por alta, transferência ou óbito – inclusive em outros setores por onde tinham passado, como enfermarias ou CTI.

Procurou-se seguir a indicação dos casos cujos quadros clínicos acusassem mais demora em sua resolução, seja por necessidade de cuidados mais intensivos, seja pela demanda de articulação com outros setores do hospital ou com a rede de serviços. De cada caso, recolhiam-se dados como: a data de entrada na unidade; o tempo de permanência do usuário no hospital; sua queixa principal; elementos do processo de cuidado; a identificação da equipe responsável pelo cuidado, por parte do usuário/rede social; e a saída deste do hospital.

Durante todo o processo de acompanhamento procurou-se conversar com os profissionais dos setores envolvidos no cuidado, a fim de trazer à discussão os processos que perpassam o ato de cuidar e evidenciar os pontos críticos, criando estranhamento a funcionamentos naturalizados.

Na montagem da escala de visitas ao HUAP, buscou-se garantir que cada um estivesse presente pelo menos em dois dias consecutivos, assegurando a construção/manutenção do vínculo com o usuário e sua família. As informações sobre cada um dos usuários eram registradas e repassadas, já que cada ação se fazia numa relação de continuidade com as anteriores. Com isso, pretendeu-se fazer uma interferên-

cia no funcionamento típico dos rodízios de plantões dos trabalhadores na Emergência, caracterizado pela ausência de uma equipe de referência responsável horizontalmente pelo cuidado ao usuário.

Por fim, foi construído um documento para os gestores e trabalhadores da unidade, relatando o acompanhamento e apresentando todos os dados coletados. As questões abordadas no documento foram validadas pelos trabalhadores presentes, que indicaram o quanto foi importante reconhecer em um documento os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços organizados.

DISCUSSÃO

Ao longo da construção dessa metodologia de acompanhamento do cuidado, foi possível perceber que ela funcionou como instrumento analisador dos diferentes entraves que ocorriam no cotidiano do hospital, dando visibilidade aos problemas vivenciados pelos profissionais do hospital e pelos usuários, mas que em sua maioria não eram adotados como problemas a serem enfrentados pela equipe. Segundo Barros⁶ os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano.

Foi feito um levantamento sistemático de uma série desses problemas para que pudessem ser tratados de maneira organizada e levados à gestão oficial. Porém, cabe salientar que, mais do que coletar dados, esse modo de acompanhamento do cuidado proporcionou mais proximidade com os profissionais da unidade, seus modos de fazer no dia-a-dia e suas dificuldades e estratégias ao lidar com as mesmas.

A realização dessa metodologia foi uma ferramenta que permitiu operar algumas práticas de acolhimento na Emergência. O acolhimento é a diretriz da PNH que destaca a construção de redes de conversação como estratégia de produção de corresponsabilização, vínculo e resolutividade no cuidado.^{4,5} Em última instância, esse modo de acompanhar os usuários propiciou que os próprios trabalhadores começassem a questionar o processo de trabalho e discutissem a necessidade de atuar em rede para garantia da integralidade. E também foi catalisador de novos encontros entre grupos de trabalhadores, entre trabalhadores e usuários e do grupo de estágio com o cotidiano do hospital.

Tais encontros permitiram uma série de conversas e discussões que deram origem a um documento. A apresentação desse documento contendo o relato dos casos acompanhados em uma reunião com trabalhadores e gestores da unidade ressaltou a necessidade de se priorizar o acolhimento como uma diretriz que atravessa as práticas de gestores e trabalhadores para que se possa compartilhar saberes e construir metas e prioridades para garantir resolutividade ao cuidado.

Por meio da sistematização dos dados, buscou-se incluir na agenda dos gestores os problemas/estratégias levantados pelos trabalhadores e usuários. Portanto, o documento elaborado foi um relato sistematizado dos encontros produzidos, a partir dos casos dos quais houve a aproximação, mas também foi um modo de salientar a indissociabilidade entre os dois modos de gestão presentes no hospital – a gestão oficial e a cotidiana – postos em prática pelos trabalhadores.

Alguns pontos se destacaram no acompanhamento realizado, seja porque comprometiam a resolutividade dos casos, seja porque eram identificados pelos trabalhadores como problemas. Entre eles: a organização do trabalho por meio de rodízio de plantões; a ausência de uma equipe de referência ou profissional diarista responsável horizontalmente pelo cuidado do usuário e sua rede social; a falta de registro de encaminhamentos na ocasião da alta; a dificuldade de pactuação entre a emergência e as enfermarias de especialidades do hospital; e o uso burocrático do prontuário. Tais problemas apontavam principalmente para a baixa articulação da Emergência com a rede interna e externa ao hospital.

No que concerne à rede interna, é importante destacar o investimento do Hospital Universitário prioritariamente em práticas que mantêm o foco nas especialidades, em detrimento do caráter generalista de um serviço de Urgência/ Emergência. Esses serviços recebem demanda diversificada que nem sempre é vista como instrumento de construção de saber, já que atualmente cresce a ênfase nos especialismos. Assim, o que se percebe no Hospital Universitário, em geral, é o privilégio de casos que seriam supostamente de mais interesse para a formação médica, independentemente do papel do hospital como parte da rede de saúde.

Ainda em relação à pactuação da Emergência com a rede interna, realça-se a demora das especialidades médicas em responder aos pareceres

solicitados pela Emergência e a estratégia, adotada pelos profissionais da enfermagem, de reenviar diariamente as solicitações de pareceres, na tentativa de dar visibilidade à demora nas respostas e agilizar o tratamento.

Não havia também um protocolo ou rotina para o usuário e seu acompanhante quanto às orientações sobre os cuidados que teriam que ser continuados em casa ou mesmo em outras unidades da rede de saúde, o que evidencia o entendimento de que a unidade de saúde não tem responsabilidade sobre a orientação aos cuidados que devem ser continuados após a alta – seja em casa junto à rede social ou em outros níveis de atenção, como postos de saúde, ambulatórios, etc.

Por fim, a organização do trabalho baseada em equipes de plantonistas, a ausência de uma equipe responsável horizontalmente pelo cuidado e o uso burocrático do prontuário produziam uma atenção fragmentada ao usuário ao longo dos plantões e, por vezes, sem a devida resolutividade. Na prática, percebia-se que essa fragmentação resultava em atrasos na investigação diagnóstica ou no tratamento do usuário, tendo como consequência, por exemplo, o extravio de pedidos e resultados de exames e pareceres.

Nesse sentido, a PNH fornece duas ferramentas para intervenção nesse tipo de situação: o *prontuário transdisciplinar* – o prontuário como instrumento de comunicação e auxílio na manutenção da continuidade do cuidado pelos diferentes atores do processo – e o *Projeto Terapêutico Singular* – um projeto de cuidado que inclui as ações dos profissionais que atenderam ao usuário anteriormente e define os encaminhamentos necessários para aquele caso.

Nos acompanhamentos realizados, era enfatizada a construção de vínculo com usuário e rede social. Isto não só porque se passou a preocupar em dar continuidade às ações que eram disparadas na tentativa de dissolução dos entraves que aumentavam o tempo de permanência no serviço de emergência, mas também com o intuito de construir com os trabalhadores um outro modo de estar com os usuários. Era possível perceber que quando havia responsabilização pelo cuidado, uma série de procedimentos era agilizada e os usuários se sentiam mais acolhidos em suas demandas. Daí a importância de se construir uma rede de responsabilização pelo usuário mais completa, de modo que diferentes profissionais possam buscar formas coletivas de resolução dos impasses na continuidade do tratamento.

CONCLUSÃO

Afirma-se aqui o caráter provisório dessa metodologia, que não tinha a pretensão de institucionalizar mais uma função na Emergência, e sim submeter à análise as formas naturalizadas de lidar com as dificuldades na resolução dos casos, com os dilemas cotidianos do hospital, formas estas que acabavam comprometendo a integralidade do agir em saúde frente à crescente tendência de fragmentação da atenção. O que norteava o processo de acompanhamento era garantir a continuidade do cuidado dos usuários, envolvendo, para isso, os profissionais que ali estavam, de modo que pudesse haver a construção conjunta de outras práticas mais comprometidas com a produção de saúde.

Desse modo, a metodologia que foi sendo composta em meio ao processo de acompanhamento mostra-se como um modo de fazer que pode ser colocado em prática por todo profissional de saúde. Saliencia-se a importância da definição de uma equipe de referência nos processos da atenção e gestão do cuidado, que possa responsabilizar-se pelo usuário, ou a inserção do profissional diarista, que estabeleça uma continuidade de forma que o cuidado seja pensado como uma linha que vai sendo tecida, já que a emergência nesse hospital estava configurada como local de longa permanência.

Pode-se ver que as interferências feitas durante o acompanhamento muitas vezes geravam encaminhamentos para casos que antes se arrastavam sem ter visibilidade, o que indica a importância de se investir nesse modo de fazer que atente para a construção de vínculo e para a realização de um trabalho em equipe, em que os impasses sejam pensados conjuntamente visando à resolutividade dos casos.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Humanização foi um eixo norteador desse trabalho, na medida em que se procurou exercitar seus princípios de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e indissociabilidade entre atenção e gestão. Nesse percurso, tentou-se criar um modo de fazer que permitiu a aproximação com os diferentes sujeitos implicados no processo de cuidado – usuários, rede social, gestores e trabalhadores – e colocar em relevo os processos que provocavam entraves à continuidade do cuidado, bem como indicar caminhos para uma forma de cuidar mais responsável e produtora de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos demais alunos que participaram dessa experiência de estágio e aos trabalhadores e usuários da Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
2. Lourau, R. René Lourau na UERJ – 199; análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
3. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2nd ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
6. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS; 2007.

Estratégias para humanização propostas pelos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá

Humanization strategies proposed by the fourth year students at Maringá State University Dentistry course

Carina Gisele Costa Bispo¹; Mirian Marubayashi Hidalgo¹; Vera Lúcia Pereira Correa²; Cristiane Müller Calazans³; Liogi Iwaki Filho⁴; Mitsue Fjimak Hayacibara⁴; Raquel Sano Suga Terada⁴; Luciene Padilha⁵

RESUMO

A explanação proposta neste artigo está apoiada nas estratégias desenvolvidas pelos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) no ano de 2009. A eles foi proposto que, organizados em grupos, criassem alternativas embasadas nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), para melhorar, em amplos aspectos, a qualidade dos serviços desenvolvidos na Clínica Odontológica da UEM. Simultaneamente a essa ação, sucedeu-se um curso de extensão que abordou o tema “humanização”, tendo como um dos objetivos principais a formação de um Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) composto de alunos, servidores e docentes e que contou com o suporte de uma consultora do Ministério da Saúde (MS). Tais iniciativas têm sido articuladas em resposta a um cenário de contínua transformação na formulação e condução das políticas de saúde no MS, assim como na criação e implantação da PNH. Atualmente, acompanham-se os desdobramentos dessas estratégias na rotina da Clínica Odontológica da UEM para saber se os princípios construídos nessas experimentações poderão se reverter em melhor qualidade para o ensino e a prestação de serviços odontológicos no ambiente universitário.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Assistência Odontológica.

ABSTRACT

This article is based on the strategies developed by the fourth year students at the Odontology course of the State University of Maringá (UEM) in 2009. It was proposed that, in groups, they created alternatives based on the Política Nacional de Humanização (PNH) / National Humanization Policies (NHP), to greatly improve the quality of the services developed by the UEM Odontologic Clinic. Simultaneously an extension course was held approaching the theme “Humanization”, having as one of the main objectives the formation of a Humanization Work Group / Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) including students, staff and teachers, which had the support of the Ministry of Health consultant. Such initiatives have been articulated in response to scenery of continuous change in the formulation and procedures of the MS health care policies, as well as in the creation and implementation of the National Health Policies. Currently, the effects of these strategies in the routine of the State University of Maringá Dental Clinic may be followed to find out if the concepts built by the experimentation can improve the quality of teaching and dental services in the University environment.

Key words: Health Care Humanization. Health Single System; Health Public Policy; Dental Care.

¹ Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá.

² Pedagoga especialista em Metodologia de Ensino e em Administração Pública, Secretária da Clínica Odontológica da UEM.

³ Assistente Social da Clínica Odontológica da UEM.

⁴ Professor(a) Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá.

⁵ Cirurgião-Dentista do Setor de Urgência da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá.

Instituição:
Clínica Odontológica do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá

Endereço para correspondência:
Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Odontologia
Carina Gisele Costa Bispo
Av. Mandacarú, 1550 - Bloco S-08
Maringá - Paraná
CEP 87080-000
E-mail: carinage@yahoo.com

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem se difundido amplamente nas atividades do Sistema Único de Saúde. Observa-se convergência de esforços para o desenvolvimento e a implantação das atividades de humanização nas áreas de Medicina e Enfermagem nos hospitais e universidades.¹⁻⁵ Mais que isso, os alicerces que suportam as propostas da PNH⁶⁻¹⁰ envolvem princípios que podem ser modelados de acordo com as necessidades de outras áreas da saúde, a exemplo da Odontologia.

O curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá se distribui ao longo de cinco anos letivos, com 40 alunos matriculados em cada ano. Pautado em currículo inovador e integrado, o curso atende às diretrizes curriculares propostas pelo Conselho Nacional de Educação. O conteúdo é distribuído em conjuntos instrucionais e estes divididos em módulos que, por sua vez, se subdividem em unidades de ensino. No quarto ano é ministrada uma unidade de ensino denominada "Relação profissional/paciente", parte integrante do módulo de Orientação Profissional II.

No ano de 2009, nessa unidade de ensino, os alunos participaram de alguns encontros nos quais foram desenvolvidas oficinas para aprofundamento nos princípios da PNH. Ao seu término, organizados em grupos, apresentaram suas propostas de humanização com objetivo de melhorar a qualidade do curso de Odontologia em suas mais diversas faces. Os acadêmicos receberam a liberdade de escolher e desenvolver qualquer tema ou ideia que julgassem viáveis, exatamente para que outra ótica, que não a puramente docente, pudesse ser analisada e aproveitada.

Simultaneamente a essa atividade acadêmica, ocorreu a organização de um evento de extensão, com comparecimento de uma consultora do Ministério da Saúde (MS) para dar suporte às iniciativas pertinentes à humanização e à formação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) no Departamento de Odontologia (DOD).

Foi com a intenção de desenvolver novas propostas adaptadas ao serviço odontológico em ambiente universitário e apoiadas nos princípios que regem a PNH que os alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá desenvolveram seus projetos. Assim, o objetivo do presente texto foi explanar essas propostas para que se demonstre a possibilidade de aplicação dos dispositivos Política Nacional de Humanização em uma clínica odontológica universitária.

DESCRIÇÃO DAS PROPOSTAS

Todas as propostas a seguir relacionadas foram expostas no evento de extensão, que contou com a presença dos docentes responsáveis, da chefia do departamento e da coordenação da Clínica Odontológica (COD), bem como dos demais docentes, funcionários, acadêmicos de todos os anos, residentes e membros da comunidade atendida.

Integração e Motivação – Motiva Mente

Objetivo: contribuir para o relacionamento, integração e desenvolvimento das atividades entre discentes, docentes e funcionários da Odontologia, a fim de melhorar o clima do ambiente de trabalho e minimizar o estresse no dia-a-dia na clínica.

- Participantes: acadêmicos, docentes e funcionários da Clínica Odontológica.
- Local: dependências da UEM.
- Instrutores:
 - Comissão organizadora.
 - Acadêmicos dos cursos de Educação Física e de Psicologia.
- Programa de Atividades:
 - *Motiva mente 1.*

Palestras mensais sobre temas como estresse, relação com pessoas difíceis, motivação, autoestima, comunicação.

- *Motiva mente 2*

Atividades semanais com práticas de alongamento, dinâmicas, relaxamento e interação com alívio de estresse.

- *Motiva mente 3*

Plantão psicológico semanal em parceria com o Departamento de Psicologia da UEM, com suporte psicológico para dúvidas, desabafos e aconselhamento.

Humaniza COD

Objetivo: por meio de um questionário de satisfação, conhecer a opinião dos pacientes sobre o atendimento recebido na Clínica Odontológica da UEM, a fim de suprir as deficiências, aprimorar e ampliar aquilo que vem se mostrando benéfico e efetivo.

Esse questionário, a ser aplicado ao término do tratamento odontológico, aborda questões como a pontualidade nos atendimentos; nível de compre-

ensão do usuário sobre as explicações oferecidas pelo acadêmico acerca dos tratamentos executados; avaliação da qualidade da relação acadêmico-paciente; nível de atendimento das expectativas; impressão sobre o tratamento, se sentiu tratado como ser humano no seu todo ou apenas como uma doença ou alteração; avaliação da qualidade do atendimento por parte dos funcionários; e opinião do usuário quanto à estrutura física da clínica, equipamentos e limpeza.

Organiza COD

Objetivo: modificar a ambiência na COD, proporcionando ambiente de trabalho funcional e prazeroso. O espaço deverá funcionar como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, oferecendo praticidade para as ações desenvolvidas, ergonomia durante o atendimento, aumentando a biossegurança durante a lavagem dos instrumentais odontológicos, criando condições para manter a organização e melhorando o trânsito de funcionários, alunos e pacientes pelos corredores da clínica.

Alguns métodos para se atingir esses objetivos envolvem:

- remover caixas contendo equipamento odontológico da sala de espera e corredores para que a sala mais ampla acomode melhor os pacientes e os corredores livres facilitem o trânsito de alunos, funcionários e pacientes. Ainda, o ambiente ficará mais belo e harmônico sem o aglomerado de caixas;
- não mais utilizar os cantos das clínicas como depósito, dando prioridade à organização, destinando cada lugar a seu objetivo específico;
- retirar escadas e equipamentos antigos das salas de Raios-X, sala dos armários e da esterilização.
- instalar armários com pia nos *boxes*. É a mais importante e mais cara meta do projeto, mas que trará inúmeras vantagens para os alunos sob a ótica da ergonomia, organização e biossegurança;
- transformar a “sala dos armários” em uma sala destinada para lanche e repouso dos alunos. Esse espaço será reservado para confraternizações e pequenas reuniões. Os armários serão retirados e a sala será composta de uma porta de entrada no corredor e uma porta que dê acesso para o jardim. Haverá uma mesa grande com ca-

deiras e um bebedouro. Os murais ou qualquer material de leitura destinado aos alunos serão colocados nessa sala;

- incluir música ambiente a partir de um sistema de rádio que pudesse também transmitir notícias e recados aos acadêmicos, funcionários, docentes e pacientes;
- criar estacionamento apropriado e de fácil acesso. A atual falta de espaço físico para estacionamento tem contribuído para atrasos, eventuais danos aos carros e aumento do estresse;
- diminuir a incidência dos raios solares na clínica pela colocação de película de baixo grau de penetração de raios solares nas janelas que circundam a clínica;
- criar um serviço de fotocópias no próprio Centro Acadêmico de Odontologia para facilitar a execução de cópias que geralmente são realizadas em locais distantes;
- disponibilizar espaço físico para criação de uma lanchonete;
- disponibilizar Internet sem fio nas dependências do COD e DOD para facilitar o acesso a bases de dados.

Projeto Sorriso feliz

Objetivo: abertura de oportunidade de atendimento à população que se encontra na fila de espera para tratamento no COD, objetivando priorizar o atendimento a esses pacientes pela adequação do meio bucal, dando-lhe possibilidade de espera por outros tratamentos necessários e consciência de uma higiene bucal suficiente para que seja responsável pela manutenção de sua saúde bucal até que o tratamento definitivo seja iniciado, o que muitas vezes pode demorar algum tempo.

Isto pode ser obtido pela formação de um grupo de alunos e professores voluntários que se disponham a prestar atendimento no período vespertino das sextas-feiras, período durante o qual, geralmente, a estrutura da clínica permanece ociosa e muitos alunos não estão em atividade acadêmica.

As atividades desenvolvidas nesse projeto envolvem a educação em saúde bucal e a adequação do meio bucal com medidas preventivas e promotoras de saúde bucal como procedimentos básicos de periodontia e dentística como raspagem e restaurações provisórias em cimento de ionômero de vidro.

DISCUSSÃO

As ideias expostas foram analisadas e discutidas prontamente ao término do evento de extensão. As chefias do departamento e a coordenação da clínica odontológica, bem como os demais ouvintes, foram unânimes em acolher positivamente as propostas e em buscar meios para que as mesmas possam ser desenvolvidas.

O projeto de “Integração e Motivação – Motiva Mente” é de fácil execução e foi dada a permissão ao grupo de acadêmicos para seu início imediato. Antes mesmo da organização e do início das atividades, já é possível verificar a motivação dos alunos em proporcionar essa mudança à comunidade COD, o que, espera-se, se dissemine ao longo da execução da proposta.

O projeto “Humaniza COD”, por envolver a aplicação de um questionário, também é de fácil execução e deverá se iniciar em breve, mediante a verificação da satisfação dos usuários atendidos pela Clínica Ampliada – uma proposta inovadora de atendimento clínico odontológico que se iniciou recentemente no curso de Odontologia da UEM. Além de permitir a avaliação por meio de um serviço de ouvidoria, o que contempla prontamente os propósitos da PNH⁶, esse projeto poderá servir como fonte de dados para pesquisas científicas acerca dos serviços prestados.

A modificação da ambiência proposta pelo projeto “Organiza COD” também foi acolhida positivamente e igualmente vem ao encontro das propostas da PNH⁸. Algumas melhorias já foram realizadas de imediato, tais como a organização do espaço físico com remoção de caixas, organização dos murais, modificação da recepção para melhor acesso dos pacientes, colocação de folhetos com mensagens incentivando a humanização em diversos pontos da clínica e colocação de película para minimizar a penetração dos raios solares nas janelas. Outras, como a disponibilização de bebedouros e de Internet sem fio nas dependências do COD e DOD, estão em fase de implantação.

Algumas mudanças mais arrojadas envolvem a alocação de recursos, tais como a construção de pias e armários nos *boxes*, transformação da sala de armários em um espaço de descanso para os acadêmicos, criação de mais vagas de estacionamento e de uma lanchonete. No entanto, com a finalização da construção do novo bloco da Odontologia, prevista para meados de 2010, e a redistribuição do espaço físico entre os setores do complexo da saúde, que está

prevista para futuro próximo, provavelmente muitas dessas ideias serão passíveis de implantação. A partir das reivindicações, muitas propostas têm se tornado metas para os gestores, já que envolvem todos em objetivos comuns que certamente melhorarão a ambiência em médio ou longo prazo.

O projeto “Sorriso feliz” recebeu autorização de execução, tendo a coordenação concedido permissão de uso do espaço físico da clínica odontológica às sextas-feiras à tarde. Esse projeto seguramente diminuirá a ansiedade e o risco de perdas dentárias entre os pacientes da lista de espera, além de facilitar a execução das atividades das clínicas especializadas. Foi possível observar a motivação de alunos de diversos anos em serem voluntários desse projeto logo após a explanação da proposta durante o evento de extensão. Uma iniciativa semelhante, que prioriza a adequação do meio bucal dos pacientes que buscam atendimento no COD, foi recém-implantada na Clínica Ampliada dos alunos do último ano. Nessa clínica, é adotado um fluxograma para encaminhamento do paciente que, ao iniciar o tratamento, passa primeiramente pela resolução de urgências e pela etapa de adequação do meio bucal para, só então, ser referenciado para as clínicas especializadas. Assim, cada paciente possui um plano de tratamento específico que se assemelha a um projeto terapêutico singular. Em muito aspectos, a clínica ampliada para o atendimento odontológico aqui mencionada contempla a ideia de Clínica Ampliada proposta pelo Ministério da Saúde para a área médica.¹⁰

Nota-se que as propostas dos acadêmicos e os movimentos que se iniciaram no COD foram unânimes em contemplar os princípios e propósitos apontados pela PNH, tais como a valorização dos trabalhadores da saúde, as melhoras na ambiência, a formação do grupo de trabalho de humanização, a constituição de uma ouvidoria, a criação de uma Clínica Ampliada com equipe de referência e projeto terapêutico singular, entre outros.⁶⁻¹⁰

O princípio de transversalidade enfatizado pela PNH¹⁰ trata de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças na prática de saúde. Na experiência aqui relatada, observa-se o quão valiosa pode ser essa pluralidade de grupos envolvidos na comunicação, que compartilham o mesmo ambiente, os mesmos problemas e que podem, unidos, transformar a realidade.

Nas discussões realizadas, verificou-se a possibilidade das clínicas de prestação de serviço odontológico também se adequarem às atuais propostas do Ministério da Saúde, contemplando a humanização do serviço e também apresentando as ricas experiências de um “SUS que dá certo”. Embora a Política Nacional de Humanização tenha sido, em princípio, pautada pelo serviço médico hospitalar¹⁻⁶, suas orientações, propósitos e estratégias são perfeitamente aplicadas à prática em uma clínica odontológica, neste caso universitária, podendo-se esperar resultados equiparáveis aos observados nas experiências da área médica.

CONCLUSÕES

A oportunidade de observar as ideias e propostas dos acadêmicos acerca de como aplicar a Política Nacional de Humanização na Clínica Odontológica proporcionou mais união de acadêmicos, docentes, funcionários e comunidade em prol de objetivos comuns que, certamente, uma vez atingidos, melhorarão a vida de cada um dos envolvidos. Tais iniciativas têm sido articuladas em resposta a um cenário de contínua transformação na formulação e condução das políticas de saúde no MS e na criação e implantação da PNH à qual a Odontologia não poderia ficar alheia. Atualmente, acompanham-se os desdobramentos dessas estratégias na rotina da Clínica Odontológica da UEM para saber se os princípios construídos nessas experimentações podem se reverter em melhor qualidade para o ensino e a prestação de serviços odontológicos no ambiente universitário.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, que contribuíram com suas ideias, seu empenho e sua motivação contagiante para a criação desses projetos de humanização e que têm sido os protagonistas de sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB, Gobbi A. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. *Bol Saúde*. 2006; 20(2):135-44.
2. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):561-71.
3. Wetzel C, Kantorski LP, Souza J. Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *R Enferm UERJ*. 2008; 16(1):39-45.
4. Andrade EA, Donelli TMS. Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do hospital Municipal de Novo Hamburgo. *Bol Saúde*. 2004; 18(2):17-24.
5. Forte MJP, Kudo AM, Mendes MAS, Duarte V. O Instituto da Criança frente à Política Nacional de Humanização. *Pediatria (São Paulo)*. 2004; 26(1):43-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. *Humanização-SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

Uma experiência de extensão, iniciação científica e de formação humanista de estudantes de medicina: o projeto Abraçarte

Medicine students' experience of extension, scientific initiation humanistic formation: the Abraçarte Project

Rosa Maria Quadros Nehmy¹, Joaquim Antônio César Mota², Aline Joice Pereira Gonçalves³, Natália Pereira Gontijo⁴, Yuri Lobato Guimarães⁴

RESUMO

O projeto Abraçarte foi criado em 2001 por estudantes de Medicina e professores da Pediatria e da Medicina Preventiva e Social da UFMG. Tem como referencial teórico e ético a humanização da atenção hospitalar. Seus objetivos são: desenvolver atividades lúdicas e pesquisas sobre a assistência prestada em unidades pediátricas do Hospital das Clínicas e contribuir para a formação humanista do estudante. As brincadeiras são realizadas leito a leito, semanalmente e em grupo nas datas festivas, utilizando recursos das artes cênicas. Resultados mostram que as atividades lúdicas contribuem para quebrar a rotina das crianças hospitalizadas; que as pesquisas introduzem a perspectiva do paciente e seus familiares sobre o atendimento prestado, valorizando a demanda do usuário; e que ambas as atividades possibilitam o contato do estudante com o paciente desde o início do curso, aprimorando a habilidade de escuta cuidadosa de suas demandas. Concluiu-se que o projeto cumpre seus objetivos pelo trabalho voluntário e comprometido de estudantes de Medicina, contando também com o suporte das parcerias institucionais.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Relações Comunidade-Instituição; Educação Médica; Hospitais de Ensino; Atividades de Lazer; Criança Hospitalizada; Criança.

ABSTRACT

The Abraçarte Project was created in 2001 by UFMG Pediatrics and Preventive and Social Medicine students and teachers. The theoretical and ethical reference is the hospital care humanization. The objectives are: to develop ludic activities and researches on the health care in the Hospital das Clinicas pediatric units and to contribute for the student's humanistic formation. The games are performed from bed to bed, weekly and in groups during holidays, using the resources of performing arts. The Results show that ludic activities contribute to break the routine of the hospitalized children; that the researches present the patients and their families' perspective on the health care received, valuing the user's demands; and that both activities make possible the contact between the student and the patient from the beginning of the course, enhancing the careful listening skills towards the demands. The conclusion is that the project accomplishes its purposes by the Medicine students' voluntary work and commitment, as well as accounting with the institutional partners' support.

Key words: Health Care Humanization; Community-Institution Relationships; Medical Education; School Hospitals; Leisure Activities; Hospitalized Child; Child.

Instituição:
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina/UFMG, Avenida Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
Email: rosaq@medicina.ufmg.br

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão “Abraçarte: pesquisa e atividades lúdicas no ambiente hospitalar pediátrico” foi criado em 2001 e atua nas unidades pediátricas do Hospi-

tal das Clínicas da UFMG (HC/UFMG). A equipe hoje está constituída por 30 alunos de diversos períodos do curso de Medicina, sob coordenação e orientação de professores dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria. O projeto integra o Programa de Humanização da Assistência do Hospital das Clínicas da UFMG, com apoio do Programa de Bolsas de Extensão da PROEX/UFMG, recebendo uma bolsa por ano. Sendo assim, com uma única exceção, os estudantes participam do projeto como voluntários.

O Abraçarte responde a uma demanda de alunos da graduação da Faculdade de Medicina da UFMG que percebem a lacuna no currículo para a inserção nos serviços de saúde nos primeiros anos do curso. A primeira motivação para a construção do projeto aconteceu em sala de aula. Estudantes do primeiro período propuseram-se a trabalhar com crianças hospitalizadas nos moldes sugeridos no filme *"Patch Adams - o amor é contagioso"*, de 1998, inspirador de experiências de vários grupos de estudantes e de voluntários em todo o mundo. Esse foi o ponto de partida e, posteriormente, foram-se buscando referências em experiências nacionais e internacionais, encontrando-se menções a trabalhos semelhantes em vários países.

A experiência pioneira foi a do *Big Apple Circus*, em 1956, em Nova York, que tinha como objetivo levar a alegria dos picadeiros do circo às crianças hospitalizadas. No Brasil, destaca-se hoje o grupo dos Doutores da Alegria, com formação originária naquele circo, composto de atores profissionais desenvolvendo performances de palhaço para crianças hospitalizadas. Levantamento realizado pelo Centro de Estudos Doutores da Alegria mostra que no Brasil existem hoje mais de 300 grupos com propósitos semelhantes¹. Portanto, introduzir distração para pacientes hospitalizados, em particular para as crianças, não é novidade, mas há indicações da atualidade dessa forma de prática e de sua potencialidade como via de expressão de anseios de usuários dos hospitais públicos, de artistas e de profissionais de saúde em formação.

Paralelamente às atividades lúdicas, o grupo Abraçarte desenvolve pesquisas na perspectiva da humanização sobre a percepção dos profissionais de saúde e da clientela dos serviços e do atendimento do Hospital das Clínicas, visando levantar problemas e sugestões para suavizar as rotinas a que ficam submetidos crianças e acompanhantes.

A PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO

O referencial teórico orientador do projeto aborda a humanização da atenção desde o ponto de vista do paciente. Na sua origem, como política de saúde no Brasil, a humanização focava a questão hospitalar.² Vinha como um contraponto à organização da assistência caracterizada pelo uso intensivo da tecnologia biomédica, que tende a predominar como mediadora da interação entre o profissional de saúde e o usuário, relegando a plano secundário a subjetividade do paciente e suas referências culturais.³

A racionalidade inerente à instituição hospitalar baseada na rigidez disciplinar pela vigilância do comportamento dos internos e por sua distribuição e ordenação no espaço perpassa toda a sua história.⁴ O ambiente hospitalar sugere estranheza e ameaça, lugar social em que as regras técnicas devem sobrepor-se ao comportamento espontâneo da vida diária. Os principais critérios organizadores do hospital visam ao cuidado à pessoa doente para tratar sua doença física com fármacos e procedimentos de intervenção no corpo. As referências da organização da internação hospitalar são quase exclusivamente a ordem no trabalho e o funcionamento do serviço. Pelas normas de conduta, espera-se que o enfermo comporte-se com passividade e discrição. O pressuposto é de que essas atitudes tornem mais suave a dura tarefa dos pacientes e daqueles que os assistem, o que resulta em sistemática despersonalização do paciente.⁵ É um tipo de despersonalização que implica o apagamento das marcas individuais, fabricando um determinado modelo de doente – “paciente” – com um *script* de conduta rigoroso a ser cumprido. O desenvolvimento da tecnociência biomédica em nada indica mudança na direção de relações sociais mais humanizadas, ao contrário, realça cada vez o aguçamento da frieza nas relações sociais.⁶

A violência simbólica do “não-reconhecimento” das necessidades emocionais e culturais dos usuários começa no momento da admissão, reduzindo o sujeito à condição de doente, pelo despojamento dos objetos pessoais e encaminhamento para um leito. Os documentos e prontuários criam nova “biografia”, que vai sendo registrada, a “biografia de um doente”.⁷ Por essas características, mais do que os demais serviços de saúde, o hospital constitui o lugar onde fica mais evidente a desconsideração da subjetividade do doente, o que muitas vezes passa despercebido pelos profissionais no cotidiano de trabalho.⁶

É preciso, ainda, levar em conta que a hospitalização provoca crise, desequilíbrio, incertezas, medo, acarretando mudança das rotinas diárias dos outros membros da família⁸. Além disso, há o aspecto do impacto do hospital sobre as pessoas, que não é perceptível de imediato. Trata-se de um cenário pleno de informações que provocam sofrimento. Doentes e acompanhantes captam informações sobre sua condição ou a de seu parente numa constante comparação e avaliação do que está acontecendo com os doentes à volta, tendendo a projetar os piores prognósticos para si ou seus entes queridos. A ausência de elementos de desvio da tensão perturba ainda mais as pessoas que convivem nesse cenário.⁹

Conforme reconhece a Carta da Criança Hospitalizada, além do atendimento de qualidade, entre outros direitos, as crianças hospitalizadas devem se beneficiar de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda segurança.¹⁰ Algumas conquistas já foram implantadas nos hospitais brasileiros, entre elas a permanência dos pais durante a internação. Embora o envolvimento da família represente marcante avanço, não é fator suficiente para alterar o ambiente hospitalar de modo a torná-lo isento de ameaças à condição de criança do paciente. Significa um passo na direção da humanização da assistência à criança, mas, ao mesmo tempo, traz para dentro do ambiente hospitalar um novo ator social, o acompanhante permanente (os pais), também sujeito às rotinas e rituais do hospital e às tensões resultantes da doença do filho. Deve-se levar em conta, como mostra a literatura, que o estresse dos pais é em parte repassado para seus filhos hospitalizados.¹¹

Nas enfermarias pediátricas repletas de estímulos estranhos e ameaçadores, algumas maneiras de minimizar os efeitos da rotina disciplinar, mesmo que momentaneamente, têm sido a manutenção de programas ou salas de recreação e brincadeiras, eventos comemorativos, recitais e visitas de personalidades, tais como atletas, palhaços e outros artistas.

O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO PROJETO

O Hospital das Clínicas da UFMG, como os demais hospitais públicos brasileiros, é um cenário onde as condições de vida da população se reproduzem. O Serviço de Internação Pediátrico, que a clientela chama de “sexto andar”, desenvolve, há quase duas décadas, ações que hoje seriam chamadas de huma-

nização. As crianças transitam sozinhas ou com os acompanhantes pelos corredores do andar e pelas salas de aula sempre movimentadas com a presença dos profissionais, de estudantes de Medicina, de enfermagem e de outras áreas da saúde e de residentes.

Há lugares especiais para as crianças brincarem, o solário e a brinquedoteca. As datas comemorativas são sempre festejadas, dirigidas às crianças, acompanhantes e profissionais. A equipe de assistência é extremamente envolvida no propósito da atenção humanizada à criança, proporcionando quebras na rotina hospitalar. Apesar do esforço da equipe de cuidados, o estresse causado na criança, na maior parte do tempo restrita ao leito, e em seu acompanhante é constante em razão da mudança brusca de rotinas do cotidiano e a vivência ou convivência com o sofrimento e a dor. Por isso há sempre demanda para ações de humanização da rotina da internação.

Estudo realizado pelo grupo Abraçarte em 2003⁹ mostrou que a clientela do Pronto-Atendimento do Hospital representada pelos acompanhantes das crianças, a quase totalidade deles constituída pelas mães, revelava resignação e conformismo com as precárias condições de conforto ali existentes naquela época. Muitas delas passam mais de uma semana dormindo sentadas, em um ambiente superlotado e tumultuado, sem instalações adequadas para sua higiene pessoal, sem qualquer atividade além do cuidado ao filho, acompanhando o desenlace de casos críticos de pacientes com quadros clínicos semelhantes aos dele, fonte de permanente angústia. Essa situação é comum nos hospitais públicos brasileiros e incomodava aos profissionais e à direção da instituição. Hoje, as instalações estão reformadas para mais conforto do paciente e de sua família.

De qualquer maneira, persiste a situação de insegurança, habitual no cotidiano das camadas populares da sociedade, que se reproduz na dificuldade de acesso a serviços especializados do sistema de saúde, contribuindo, de alguma maneira, como nos lembra Santos¹², para impedir que haja contestação e que os direitos não sejam reivindicados. As mães participantes da pesquisa naquela ocasião apenas sugeriam... “Quem sabe, pudesse melhorar o chuveiro ou introduzir alguma atividade para elas, por exemplo, um bordado?”.

O grupo Abraçarte atua nesse espaço social de um hospital público de ensino e, no caminho percorrido até agora, procura aproximar-se cada vez mais da filosofia e da prática de grupos de solidariedade

e de voluntariado propostos por Boaventura Souza Santos¹³, quando diz:

Quando nós falamos de sociedade civil, estamos falando de outra coisa. Falamos da união de cidadãos trabalhando em ações voluntárias, para conversar, discutir, criar soluções [...] sem visar ao lucro. É essa concepção de sociedade civil, baseada na solidariedade, voluntariado e reciprocidade, que nos interessa hoje [...] Não estamos a pedir uma utopia, mas pequenas transformações que só têm um objetivo: tornar o mundo menos confortável para o capitalismo global [...] Também não queremos apenas criticar, mas apresentar alternativas. Quero no sistema político, nas famílias, nas fábricas, nas ruas, nas comunidades. Quero a democracia sem fim.

METODOLOGIA DE ATUAÇÃO DO PROJETO

Quando se quer construir uma experiência que perdure, não basta apenas agir pontualmente. Deve ser elaborado um marco teórico-metodológico e ético e constituir um espaço permanente de discussão e reflexão. Para preparo do primeiro referencial, recorreu-se à literatura sobre o tema da humanização, a filósofos e sociólogos que refletem sobre a vida cotidiana, às representações sociais sobre a doença e a morte, à relação médico-paciente e às instituições, em particular o hospital. Partiu-se do princípio segundo o qual quando se fala de humanização está-se pensando no seu inverso, a carência de afeto nas relações sociais da vida cotidiana que se manifesta nos serviços de saúde. Dependendo das temáticas das atividades relativas às recreações e às pesquisas, acrescem-se novas leituras e reflexões.

Já passaram pelo projeto cerca de 100 alunos da graduação de Medicina com o *status* de membro “oficial”, com permanência mínima de um ano. Esses estudantes exercem papel de organizar as atividades das visitas semanais e das datas comemorativas no hospital. Há ainda um grupo de estudantes chamados “cabides”, que auxiliam nas tarefas necessárias, acompanhando os “oficiais”; fazem treinamento em artes cênicas e aguardam sua entrada na equipe veterana do projeto. Estão nessa situação, hoje, 20 estudantes.

Do ponto de vista operacional, as atividades lúdicas são realizadas em comemorações de datas festivas de acordo com o cronograma do serviço de

pediatria e em visitas agendadas para trabalhos em grupo e atendimento individual. Nas visitas, os alunos se apresentam no estilo *clown*, em corrida de leitos na unidade de internação, com representação de breves esquetes relacionados a temas como a dor ou em realização de oficinas de recreação para as crianças e os acompanhantes. No atendimento individual há preocupação de adequar as brincadeiras e atividades às restrições impostas pelo quadro clínico da criança. A preparação do material para as atividades é feita em horários noturnos e fins de semana. A capacitação dos novos membros para as atividades lúdicas é monitorada permanentemente pelos alunos veteranos e se estabelecem critérios de participação e de avaliação logo no primeiro encontro dos iniciantes com a equipe. Os próprios estudantes zelam pela integridade do projeto.

No início das apresentações, a equipe atuava de forma intuitiva, contando com a criatividade de cada um dos membros, e não havia programação sistemática das visitas ao hospital. Desde 2003 as visitas são feitas todas as semanas.

Com o desenvolvimento do projeto, sentiu-se necessidade de estabelecer parcerias com grupos de formação diversa da Medicina para que o trabalho do grupo fosse mais fundamentado pela troca interdisciplinar. O primeiro parceiro foi o “Laboratório Brincar”, do Departamento de Psicologia da UFMG. Durante um ano de trabalho conjunto foram realizados seminários teóricos sobre o significado do brincar e supervisão das atuações pelos alunos de Psicologia integrantes do laboratório.

Em 2004, estabeleceu-se nova parceria com o Departamento de Artes Cênicas da Escola de Belas Artes da UFMG e o projeto Abraçarte passou a funcionar como espaço de estágio para alunos daquele departamento. Os participantes do Abraçarte recebiam aporte teórico sobre a *performance clown* e vivenciavam a importância do riso como instrumento de retorno ao lúdico, aspecto inerente ao mundo da criança. As atividades eram supervisionadas por um estudante estagiário de Artes Cênicas desempenhando o papel de direção artística de busca pelo aprimoramento da técnica *clown* e sua melhor aplicação no ambiente hospitalar. Ao final do ano, após finalizar seu curso, já como ator, a mesma pessoa passa a participar como voluntário do projeto. Desde então, o projeto conta com a orientação desse profissional, que continuou a desenvolver oficinas de iniciação à linguagem *clown* para os novos estudantes do projeto.

As atividades de iniciação à pesquisa são realizadas em consonância com o referencial teórico-ético da humanização da assistência e os direitos dos pacientes e sua família e são desenvolvidas em serviços do Hospital das Clínicas. A oportunidade de participar das pesquisas é oferecida àqueles membros veteranos do projeto que mostrem especial interesse e que demonstrem habilidades de redação e espírito científico.

Os temas de investigação são escolhidos em função dos problemas percebidos como relevantes para os propósitos de humanização da assistência hospitalar. A metodologia qualitativa é a estratégia escolhida para a coleta de dados, com o uso da técnica de entrevista em profundidade e da observação direta. O olhar do pesquisador é conformado a partir da perspectiva do paciente para compreender o significado da experiência da doença e da internação para ele.

Seguindo essas orientações, foram desenvolvidas as seguintes pesquisas, cujos projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG: *A perspectiva da clientela sobre a enfermagem pediátrica do pronto-atendimento em 2002-2004*⁹; *O significado de cuidados paliativos para os profissionais de saúde em 2005-2007*⁴; e *O significado de cuidados paliativos na perspectiva dos pais de crianças fora de possibilidade terapêutica de cura 2008-2009*¹⁵. Os dois últimos projetos contaram com o apoio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica – FAPEMIG.

O contato com a criança hospitalizada e sua família durante as atividades lúdicas e os resultados das pesquisas mostram a necessidade da escuta cuidadosa do sofrimento humano. Faz-nos lembrar a ansiedade do pai um personagem de um conto de Tchecov¹⁶, que não encontra alguém que escute sua dor pela morte do seu filho e “conta tudo” para sua esposa, porque:

É preciso conversar com vagar, com calma... É preciso contar como o filho ficou doente, como sofreu, o que disse antes de morrer, como morreu. É preciso descrever o enterro e a viagem ao hospital para buscar a roupa do defunto.

Em síntese, o método compreensivo guia os trabalhos do grupo, fazendo com que os praticantes dessa experiência procurem estrategicamente colocar-se no lugar do outro para a escuta de suas necessidades e para interpretar as sugestões e os resultados teóricos e práticos das atividades desenvolvidas. O trabalho do grupo coloca-se primordialmente a serviço dos interesses das crianças hospitalizadas e de seus pais e, secundariamente, à formação do estudante de Medicina.

OS RESULTADOS

Os resultados dos oito anos de atuação do grupo Abraçarte podem ser examinados por diferentes ângulos. Um deles refere-se à repercussão de suas atividades lúdicas na clientela. O trabalho do grupo já atingiu significativo volume de crianças e acompanhantes no Hospital das Clínicas, pelas atividades semanais na enfermagem pediátrica, de 60 leitos com essa periodicidade desde 2003. Os efeitos das atividades lúdicas na saúde da criança são de difícil mensuração, mas há importantes indícios de que repercutem bem na criança hospitalizada e em seus pais. Estudo realizado sobre a atuação dos Doutores da Alegria constatou resultados importantes da intervenção dos palhaços, tais como mudança expressiva de comportamento da criança, melhor alimentação, melhora na aceitação de medicações e exames, na comunicação com pais e profissionais da saúde e na diminuição do estresse da internação.^{17,18} Embora o trabalho desse grupo seja ímpar no país, a atuação do Abraçarte enquadra-se na mesma perspectiva. A expectativa da visita programada, o sorriso da criança e os comentários dos profissionais da equipe de atenção revelam o mesmo resultado.

Um segundo aspecto refere-se à mudança na formação do médico na busca por uma postura mais humanista e ética. A passagem por essa experiência permite a vivência de situações que ressaltam a importância do contato com o paciente, não apenas para evidenciar e combater a doença orgânica. A formação médica não contempla de modo sistemático a crítica ao utilitarismo contido na visão organicista e tecnicista da missão médica radicalizada na ideia de que o objetivo central da Medicina seja “salvar a todo custo”. Os participantes do Abraçarte experimentam o contato com pessoas em condições de sofrimento, antes de exercerem o papel de médico, portanto, no lugar de uma pessoa comum. Essa situação produz a necessidade de busca pela ação comunicativa marcada por simbolismo e subjetivismo¹⁹, não podendo se restringir à comunicação instrumental, objetiva, direta sobre a doença. Acresce-se que, para o desenvolvimento de sua ação, o grupo de alunos necessita manter diálogo permanente com diferentes profissionais, antecipando uma possível participação mais simétrica na equipe de saúde.

Depoimentos de participantes que já se inseriram no mercado de trabalho destacam como o projeto foi marcante em suas vidas, pessoal e profissional. Mais

facilidade na comunicação, mas principalmente a valorização da escuta, do olhar, “um aguçamento para percepção do não-dito”, dizem, foram legados fundamentais para uma atitude mais humana na profissão.

O terceiro aspecto refere-se ao investimento para a continuidade do projeto. Os pontos mais importantes, sem dúvida, são o envolvimento e o compromisso pessoal de cada um de seus membros, à medida que o projeto caracteriza-se como trabalho voluntário, mesmo com o apoio institucional da universidade, pois a exigência é muito maior do que a de um trabalho escolar. Os alunos investem no projeto como algo que lhes pertence.

Uma das formas de buscar legitimidade acadêmica e social é o reconhecimento social do trabalho realizado. Nesse sentido, o grupo Abraçarte tem se empenhado na divulgação do projeto na comunidade acadêmica em reuniões científicas locais e nacionais e pela apresentação e publicação de trabalhos em anais e em revista científica. Em 2004 e 2005, o Abraçarte recebeu premiações em congressos nacionais na sessão de apresentação de pôsteres e, em 2006, menção honrosa em evento local. Em evento nacional-internacional, o relato do projeto resultou em capítulo de livro, por ter sido considerado uma das 60 melhores produções apresentadas. Em 2008, recebeu menção honrosa na Semana do Conhecimento e Cultura da UFMG.

Para o público externo à academia, o grupo apresentou seu trabalho em instituições de ensino em entidades diversas. A visibilidade do projeto estendeu-se à mídia, obtendo divulgação nos principais jornais diários e canais de televisão, com difusão no estado de Minas Gerais.

CONCLUSÕES

O Abraçarte, como atividade de extensão, segue os objetivos preconizados pelo Plano Nacional de Extensão Universitária.²⁰ Quanto à formação profissional, os alunos participantes vivenciam interação mais profunda com a realidade social, mesmo com atuação circunscrita ao ambiente hospitalar, quando se considera que nesse espaço reproduzem-se as condições de vida da população.

No caso específico da formação médica, olhar o hospital como espaço social significa refletir criticamente sobre o conhecimento acadêmico, confrontando-o com as necessidades e carências percebidas

pelos pessoas em situação de fragilidade provocada pela doença. Para os estudantes participantes do projeto, a oportunidade de aprimorar a escuta é resultante do contato direto de um diálogo mais solto, mais livre com o paciente e seus familiares, antes de assumirem o papel ritual do médico.

O foco sobre a criança hospitalizada permite captar com agudeza as condições adversas que podem atravessar as relações sociais na Medicina. A sensibilização dos estudantes em relação aos direitos do paciente, resultante dessa interação, indica um possível caminho para a democratização das relações sociais na instituição de saúde como um todo e na relação médico-paciente postulada atualmente nos debates bioéticos e sobre cidadania nas diversas esferas sociais.

Em termos da metodologia de condução do projeto, o mais interessante e mesmo surpreendente para o grupo é a capacidade de a extensão universitária provocar um movimento com dinâmica própria que vai se desdobrando em novas ações, novos desafios. Os elementos motivadores imediatos de participação no grupo, o interesse dos alunos em preencher lacunas sentidas no ensino médico e a aliança entre pesquisa e extensão, com ressonância direta nos serviços e na formação acadêmica, ficam superados pelo compromisso social de levar à frente o projeto. Apesar de a universidade ser, para o aluno, um lugar de passagem, transmitir e compartilhar esse compromisso com novos integrantes é tarefa seguida com empenho pelos participantes do Abraçarte, uma forma de transformar a experiência pessoal em permanente construção coletiva.

Sem dúvida, a parceria estabelecida entre o Hospital das Clínicas da UFMG e os departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria da Faculdade de Medicina da mesma universidade tem sustentado a existência do projeto, o que, se espera, ainda dure por muito tempo.

REFERÊNCIAS

1. Pautasocial. Doutores da alegria lançam primeiro caderno Boca Larga. Porto Alegre: Agência. [Citado em 2009 ago. 05]. Disponível em: <http://www.pauta social.com.br/pauta .asp>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: 2001. [Citado em 2009 ago. 05]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.

3. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
4. Foulcaut M. *Microfísica do poder*. 21ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2005.
5. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(3):647-54.
6. Mota JAC, Nehmy RMQ, Costa MA. A humanização da assistência: humanizando o que é mais do que humano. In: Haase VG, Ferreira FO, Penna FJ. (Org.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coop-med; 2009. p.579-88.
7. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec; 1999.
8. Del Blanco MP. *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirâmide; 1995.
9. Campos FA, Nehmy RMQ, Mota JAC, Bastos GBP, Athayde GRS, Santos, GBP. A percepção da clientela sobre as condições da sala pediátrica do Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas. *Rev Med Minas Gerais*. 2004; 14(4):232-8.
10. European Association for Children in Hospital-EACH. Each charter. [base de dados na internet]. [Citado em 2009 ago. 05]. [Disponível em: <http://www.each-forsick-children.org/each-charter>].
11. Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(4):391-400.
12. Santos BS. É chocante a resignação do brasileiro. *JBonline*. 2001; Entrevista. [Citado em 2009 ago. 05]. Disponível em: http://jbonline.terra.com.br/destaques/bienal/entrevista_boaventura.html
13. Santos BS. Em busca da cidadania global. *DHnet*. 2005; Entrevista. [Citado em 2009 ago. 05]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura_e.html
14. Gonçalves AJP, Nehmy RMQ. *Cuidados paliativos e seus significados para profissionais de saúde e usuários de serviços do Hospital das Clínicas da UFMG [Relatório técnico-científico]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
15. Gontijo NP, Nehmy RMQ. *Cuidados paliativos em pediatria: as expectativas do paciente e de seus familiares. Relatório técnico-científico*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
16. Tchekov AP. *Angústia*. In: *O homem no estojo*. São Paulo: Global; 1986. p.5-12.
17. Masetti M. *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena; 1998.
18. *Doutores da Alegria. Balanço Anual dos Doutores da Alegria 2008*. [base de dados na internet]. [Citado em 2009 ago. 05]. Disponível em: http://www.doutoresdaalegria.com.br/download/Balan%C3%A7o2008_FINAL.pdf.
19. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
20. Brasil. *Plano Nacional de Extensão Universitária. 2000/2001*. [Citado em: 2009 05 ago.] Disponível em: http://proex.epm.br/projetossociais/renex/plano_nacional.htm.

Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada

Psychosocial rehabilitation of chronic renal disease patients: the use of extended clinics

Milady Cutrim Vieira¹; Ana Karina Teixeira da Cunha França²; Ilma Nascimento Sousa Lima³; Zeni Carvalho Lamy⁴; Natalino Salgado Filho⁵

RESUMO

A diálise é um processo prolongado e doloroso que, além de corrigir parcialmente os sintomas, provoca rupturas e severas limitações na vida dos pacientes renais crônicos. Ações pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Humanização são necessárias na assistência a esses pacientes e sua aplicação constitui um sério desafio. O presente trabalho tem como objetivo relatar propostas de intervenção multiprofissional junto aos pacientes do Serviço de Nefrologia do HUUFMA, com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença. O trabalho foi desenvolvido durante a sessão de hemodiálise e em momentos previamente agendados, com a realização de oficinas terapêuticas e atividades lúdicas, expressivas, socioculturais, palestras educativas e momentos de espiritualidade. Essas abordagens têm se mostrado relevantes, pois impulsionam o paciente a comportamentos mais construtivos frente à doença. Verifica-se melhora de suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, influenciando na sua condição biopsicossocial.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Insuficiência Renal Crônica; Estilo de vida; Apoio Social; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Dialysis is a prolonged and painful process that besides the partial correction of the symptoms also creates disruptions and severe limitations to the chronic renal patient's life. Actions based on the National Humanization Policies guidelines are needed to these patients care and its application is a great challenge. This work objective is to report the proposals of multiprofessional intervention to the patients in the Serviço de Nefrologia do HUUFMA, in order to improve the resources to face the illness. The work was developed during a hemodialysis session at previously arranged periods, with therapeutical workshops and leisure activities, expressive socio-cultural educative lectures and spiritual meditation. These approaches have been relevant, as they motivate the patients towards more constructive behaviors in face of the disease. It is noted the improvement of the affective, occupational and social functions, with influence in their bio-psycho-social condition.

Key words: Health Care Humanization; Chronic Renal Failure; Life Style; Social Support; Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) vem assumindo importância global, em virtude do exponencial aumento dos casos registrados nas últimas décadas.¹ De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Brasil estima-se a existência de

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Terapeuta Ocupacional do Serviço de Nefrologia do HUUFMA.

² Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão.

³ Mestranda em Saúde Materno Infantil pela UFMA. Psicóloga do Serviço da UTI Cardio do HUUFMA.

⁴ Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira.

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

⁵ Doutor em Medicina (Nefrologia) pela UNIFESP. Reitor da Universidade Federal do Maranhão.

Instituição:

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

Endereço para correspondência:

Milady Cutrim Vieira Cavalcante.
Rua B, nº53, Quadra35, Cohatrac-1
E-mail: miladycutrim@yahoo.com.br

87.044 pacientes em terapia dialítica, com incremento de 103,9% dos casos no período de 2000 a 2008.²

Essa doença é definida como lesão renal, associada ou não à diminuição da filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m² por período igual ou superior a três meses e está classificada em cinco estágios clínicos.³

À medida que evolui, aparece como uma das enfermidades crônicas com significativo impacto na vida das pessoas. Na fase mais avançada, o estágio cinco, quando o ritmo de filtração glomerular atinge níveis inferiores a 15 mL/min/1,73 m², o rim não consegue realizar suas funções básicas compatíveis com a sobrevivência do indivíduo. Torna-se necessário iniciar a terapia renal substitutiva (TRS).³

A TRS, diálise ou transplante, alivia os sintomas e preserva a vida dos pacientes, mas não possui caráter curativo.⁴ A diálise é um processo prolongado e doloroso que, a partir da filtração, retira todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela perda da função renal.⁵ Apesar dos avanços da tecnologia na área de diálise terem contribuído substancialmente para o aumento da sobrevivência dos pacientes renais crônicos, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida dessa população.⁶

Entre as terapias dialíticas, diálise peritoneal e hemodiálise (HD), a segunda corresponde à modalidade de tratamento mais utilizada universalmente.⁷ O procedimento hemodialítico é realizado por meio de acesso vascular, utilizando-se um cateter de duplo lúmen percutâneo ou uma anastomose subcutânea denominada fístula artério-venosa (FAV)⁸, estabelecendo-se circulação extracorpórea contínua.⁹ É normalmente realizado três vezes por semana, com duração de três a quatro horas por sessão, não havendo previsão do tempo em que o paciente permanecerá em programa dialítico.¹⁰ Portanto, além de corrigir só parcialmente os sintomas apresentados, a HD provoca mudanças adicionais no estilo de vida.¹¹

No tratamento hospitalar, os pacientes são submetidos aos mais variados procedimentos técnicos, exames invasivos, medicações intravenosas, curativos, cirurgias, imobilizações temporárias de pequena ou grande parte do corpo (imposta pela própria doença ou tratamento) e outros, muitas vezes dolorosos e estressantes.¹²

A terapêutica hemodialítica envolve uma complexa equação: um paciente sofrendo de uma doença grave e crônica, a dependência dos profissionais de saúde e da máquina.¹³

Guimarães¹² refere que a doença e o estresse gerado pelo tratamento podem levar os pacientes a

desencadearem diferentes sentimentos: medo, insegurança, ansiedade, depressão, baixa autoestima e sensação de inutilidade. Muitas vezes, sofrem significativas modificações nas relações cotidianas, ficam ociosos, com toda a atenção voltada para a doença. Todos esses fatores, isolados ou somados, podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

Verifica-se que a vida dos portadores de DRC é marcada por rupturas e imposição de severas limitações ao cotidiano. Em consequência do tratamento, ocorrem inúmeras modificações no estilo de vida, além de dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais.

As expectativas em relação à saúde e a habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar, de forma fundamental, a percepção que o indivíduo tem de saúde e sua satisfação com a vida.¹⁴

Os sujeitos, quando hospitalizados ou dependentes de um tratamento, são afastados de sua rede social, ficam ociosos e desencadeiam inúmeros conflitos, o que justifica a realização de ações pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH tem como objetivo principal aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade. Visa à “democratização das relações que envolvem o atendimento”, o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente” e o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais” ou, ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”.¹⁵

Constitui um sério desafio a aplicação dessas diretrizes em face da formação dos profissionais que, em geral, é extremamente técnica e pouco humanizada, focalizada no tratamento da doença e não da pessoa acometida pela enfermidade.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de práticas de saúde que vão além da terapêutica tradicional, não priorizando somente aspectos clínicos, mas considerando o quadro psicossocial do paciente. E torna-se importante prestar um cuidado integral que auxilie o portador de DRC em sua nova realidade.

O presente trabalho tem como objetivo relatar propostas de intervenções multiprofissionais, com ênfase na terapia ocupacional, junto aos pacientes do Serviço de Nefrologia do HUUFMA, com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença. Em última instância, fazer com que os pacientes se percebam mais capazes e produtivos, apesar das dificuldades inerentes à enfermidade e ao tratamento.

Apresentando o serviço

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) tem como política a humanização baseada nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, trabalhando na perspectiva de valorização dos usuários e trabalhadores nos mais diversos serviços.

Trata-se de um hospital público, de alta complexidade e de referência na região. Entre os diversos serviços oferecidos à população, dispõe do serviço de nefrologia, que possui cerca de 130 pacientes cadastrados em programa de hemodiálise, e de uma equipe multiprofissional composta de: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Intervenção terapêutica

Sobreviver por longos períodos não significa, necessariamente, “viver bem”, na maioria das vezes existem limitações prejudicando a participação do indivíduo em várias atividades.¹⁶

Partindo do exposto, desenvolvem-se diversas ações realizadas ora pela terapia ocupacional, ora em equipe, visando implementar transformações no cotidiano desses sujeitos. Estas contemplam atividades que ocorrem durante a sessão de diálise ou em horários previamente agendados.

Durante a sessão de HD, é comum observar entre os pacientes a sensação de perda de tempo. A obrigatoriedade de permanecer na instituição por quatro horas, três vezes por semana, é considerada por muitos um período de tempo perdido. Ainda nesse aspecto, permanecem com parte do corpo imobilizado, muitas vezes dormindo, ociosos, irritados e poliquixosos.

As intervenções desenvolvidas durante a HD têm duração média de 50 minutos e abrangem diversas atividades: lúdicas, expressivas, cognitivas, socio-culturais, de lazer, palestras educativas e momentos de espiritualidade.

São exemplos dessa abordagem: a disponibilização da “caixa de surpresas” que possui revistas, jornais, jogos diversos; o uso do circuito interno áudio-visual com transmissão de filmes, vídeos educativos e musicais; parcerias com instituições culturais e voluntários que proporcionam momentos musicais com apresentações de coral e com o uso de violinos, flautas

e violões; lanches e decorações em datas comemorativas, mensagens com abordagens motivacionais e religiosas, etc. Estas permitem aos pacientes vivenciar experiências que podem estimular as funções práticas, ampliar sua participação ativa nos “fazeres”, resgatar autonomia, imagem corporal e trabalhar a socialização.

Verifica-se, com essas condutas, que os pacientes se apresentam acordados por mais tempo e em atividade, aumentando o nível de interação entre eles, refletindo também na mudança do estado de humor e melhora do relacionamento com a equipe. Ademais, as informações transmitidas pelos diversos profissionais promovem mais conhecimento da doença, adesão ao tratamento e envolvimento do paciente em seu autocuidado.

O serviço oferece, ainda, a possibilidade de atividades previamente agendadas, em que o paciente deve se deslocar à instituição em horário diferente das sessões de HD. Estas podem ser oficinas terapêuticas contemplando temas diversos e atividades sociais (confraternizações, passeios, cantatas).

A oficina terapêutica tem duração de três horas, ocorre com grupo de até 15 pacientes e contempla dois momentos. Inicialmente, são exploradas habilidades por meio da produção artística, seguida de espaço para a abordagem do profissional com discussão em grupo. Os temas são definidos conforme datas comemorativas e interesses manifestados pelos pacientes.

Essas oficinas estimulam a criatividade e propiciam a valorização da fala do paciente, discussão da vida cotidiana, reinserção no contexto familiar e social, reconstrução da cidadania, rompimento de isolamentos, resgate e/ou melhora da autoestima e redução dos transtornos emocionais.

Por meio destas, os pacientes mostram-se mais motivados, autônomos, independentes, com nível aumentado de satisfação e autoestima. O aprendizado de técnicas e produções obtido por meio destas contribui também para a complementação da renda de alguns indivíduos.

Entre os temas abordados, foram levantadas questões relativas ao tratamento, cuidados com a FAV, relação interpessoal, manutenção de atividades rotineiras, entre outras. Em três anos já foram realizadas várias oficinas e, como produtos, obtiveram-se: caixas decorativas, porta-lápis, arranjos florais, enfeites natalinos, quadros e telas com uso da técnica de decoupage, trabalhos com EVA, decoração

do ambiente hospitalar em datas festivas e outras confecções com utilização de materiais reciclados.

As atividades sociais também são previamente agendadas e ocorrem no ambiente extra-hospitalar. São realizadas parcerias com instituições que disponibilizam transportes e acesso a eventos. O grupo de renais crônicos já foram a cinema, teatro, praia e museu. Nesses locais, tiveram a oportunidade de vivenciar experiências inéditas, momentos de descontração e interações, contribuindo para a percepção de que, apesar da doença, ainda são pessoas capazes e produtivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da Clínica Ampliada, verifica-se que as ações desenvolvidas possibilitam um olhar integral às pessoas com DRC, transformando-as em protagonistas em seus tratamentos e em suas vidas.

Os mencionados recursos de reabilitação impulsionam o paciente renal crônico a comportamentos mais construtivos frente aos problemas por que passam. Portanto, essas abordagens têm se mostrado relevantes para promover suporte emocional aos pacientes e compreensão das questões relativas à doença, de modo que estes consigam exercer melhor suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Por favorecer melhoria nas áreas de desempenho ocupacional (atividades da vida diária, produtivas e de lazer) e auxiliar em um momento frágil de sua existência, quando dependentes de uma instituição hospitalar, observa-se a importância da integração do terapeuta ocupacional nas equipes multiprofissionais que considerem o contexto biopsicossocial do indivíduo renal crônico.

REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation - NKF K/DOQI. CKD: common, harmful, and treatable – World Kidney Day 2007. *Am J Kidney Dis.* 2007; 49(2):175-9.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN. Censo Geral 2008. [Citado em 2009 jul. 22]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censoSBN2008.pdf>.
3. National Kidney Foundation – NKF K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(Suppl 2):1-266.
4. Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.
5. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
6. Rodrigues Neto JF, Ferraz M, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L, Sesso R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment – a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Qual Life Res.* 2000; 9:101-7.
7. Draibe SA. Diálise crônica e transplante renal. In: Prado FC, Ramos JA, Valle IR. *Atualização terapêutica.* São Paulo: Artes Médicas; 1991.
8. Nascimento NM. Avaliação de acesso vascular em hemodiálise: um estudo multicêntrico. *J Bras Nefrol.* 1999; 21(1):22-9.
9. Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
10. Lima AFC, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing.* 2000; 3(30):20-23.
11. Valderrábano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis.* 2001; 38(3):443-64.
12. Guimarães W. A Terapia Ocupacional na Unidade de Internação do HC/UFMG – Hospital-Geral Universitário. *Cad Ter Ocup.* 1998; (1):114-27.
13. Carneiro D. Três textos sobre a prática em grupo operativo no Serviço de hemodiálise do Hospital Geral de Fortaleza. 2001. [Citado em 2007 abr. 27]. Disponível em: <http://www.campogrupal.com/grupooperativo.html>.
14. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996; 334:835-40.
15. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):7-14.
16. Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4):349-66.

O projeto Passagem, um terreno de atenção médico-legal na humanização do parto

The Passage Project, a field of medical-legal care in the childbirth humanization

Anayansi Correa Brenes¹, Assunción Lopez-Saez², Raquel Nunes³, Cristiane L. Lobato⁴, Guilherme Gomes⁵

RESUMO

O projeto "PASSAGEM: Espaço de Acolhimento de Mães e Bebês" foi implantado em 2003 no Hospital das Clínicas e faz parte de um conjunto de ações que visam à humanização do atendimento hospitalar. Conta, em maior parte, com a atuação dos alunos dos primeiros períodos do curso de Medicina da UFMG que atuam junto a mulheres com gravidez de alto risco e de baixa renda. Objetiva a introdução no currículo de práticas médicas desde o início da formação do aluno, com viés humanizado e, sobretudo, atendendo às novas necessidades da bioética e do direito dos pacientes. Neste artigo tenta-se avaliar as limitações e perspectivas de um projeto desta natureza, na formação do estudante de Medicina. Foram analisados parcialmente os dados reagrupados ao longo dos seis anos de projeto. Palavras-chave: Parto Humanizado; Educação Médica; Saúde da Mulher

¹ Socióloga, Professora de Medicina Preventiva e Social. UFMG. Coordenadora do Projeto Passagem.
² Enfermeira Obstetra. Revista Index de Enfermería. Espanha.
³ Estagiária bolsista do Projeto Passagem 2º / 2009.
⁴ Aluna curso de Direito, revisora do texto.
⁵ Bolsista do projeto PASSAGEM 2008-2009.

ABSTRACT

The project "PASSAGE: Mothers and Babies Reception" was established in 2003 at the Hospital das Clínicas and is part of a set of actions that aim the humanization of hospital care. It mostly accounts with the performance of UFMG Medicine students in the first periods of the course, who take care of high risk and low income pregnant women. It aims the introduction of the humanization medical practices in the curriculum since the beginning of the students' formation, mainly related to the new bioethical needs and the patients' right. This article tries to evaluate the limitations and perspectives of such a project in the formation of the Medicine student. The data joined along the project's six years were partially analyzed.

Key words: Humanized childbirth; Medical Education; Woman's Health.

INTRODUÇÃO

O "Projeto PASSAGEM: espaço de acolhimento de mães e bebês em risco", criado pelo NEMS – Núcleo de Estudo Mulher e Saúde, em 2003, visa ao acompanhamento de gestantes, com a participação de um voluntariado de estudantes do 1º e 2º períodos do curso de Medicina. Ele foi sendo implantado de forma gradual, no Hospital das Clínicas (HC), a partir de uma parceria entre o serviço de pré-natal (antigo Carlos Chagas) e o serviço da atenção ao parto, espécie de ala de Maternidade, com sede no Hospital das Clínicas da UFMG.

Endereço para correspondência:
Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais
Email: brenes18@yahoo.com.br

De fato, o projeto surgiu no seio de uma demanda pela integração da prática com o estudo médico desde os primeiros anos de curso, mas também diante de uma preocupação médico-legal¹ de compreender as estratégias de ensino da obstetrícia, especialização médica que vem sendo ensinada num cenário de risco médico-legal.^{2,3}

O espectro médico-legal na obstetrícia se reflete em várias atividades, vejamos:

De um lado, o governo, com críticas sobre o “excesso de cesarianas no Brasil” e “nascimentos prematuros”, estabelecendo limites e penalidades. De outro, as religiões e a família tradicional criticando as técnicas de reprodução assistida e todas as suas implicações sociais e científicas no embrião. E, por último, no “cenário uterino”, superpõe-se a construção do direito da pessoa, debatendo os limites dos direitos das crianças contra os das próprias mães, como se fosse isto possível, quando o corpo em que ambos se constituem é o corpo das mulheres. Estas últimas, pobres e doentes em sua maioria, lutam pelo reconhecimento de sua identidade sexual-social e respeito à suas decisões, sobretudo as referentes a seu corpo e suas vidas, numa sociedade permeada por classes sociais.⁴

O projeto faz parte do Programa da Humanização do Hospital das Clínicas. E embora seja favorável à humanização, foge da lógica tradicional de estar inserido na atenção ao *parto humanizado* diretamente. Por causa disto, tem recebido algumas críticas de não visar à formação do aluno na atenção ao parto natural.

De fato, salienta-se que o objetivo central do projeto é o aluno recém-ingressado na Medicina ter a experiência de acompanhar a atenção obstétrica a uma gestante pobre, identificada como de alto risco, numa agenda organizada pelos SUS⁵ na atenção da maternidade do Hospital das Clínicas. E de construir-se, por intermédio do aluno, uma rede de atenção à mulher grávida vulnerável, na perspectiva de gênero.

Esclarece-se que, embora o parto natural por vezes não seja praticado na atenção à gestante em pauta, o Projeto Passagem sempre esclareceu ao aluno, na formação inicial, o que é o Programa de humanização no parto e a sua importância na atenção materna, estimulando-se, assim, o trabalho em equipe multidisciplinar.

A gestante do Passagem, geograficamente, tem sido qualquer mulher do estado de Minas Gerais (havendo casos, inclusive, da Bahia), não só do municí-

pio de Belo Horizonte, encaminhadas devido a um diagnóstico de alto risco durante o pré-natal e/ou com necessidades de acompanhamento, com mais tecnologias médicas, sobretudo nos casos de sequelas ou risco de morte.

Acompanhando sua gestante de diversas maneiras, *tem aprendido a administrar a tensão do atendimento cotidiano em obstetrícia*, seja seguindo sua paciente em cada consulta agendada pelo Hospital, seja pelos telefonemas e conversas junto às gestantes e seus familiares, seja na hora do parto e pós-parto.

Os coordenadores do serviço constatarem que o aluno tem se tornado um elo de apaziguamento na relação médico-paciente, “os anjos do Passagem”. E tem sido este o ponto em destaque do Projeto para sua manutenção no serviço.

Um dos pontos chaves do projeto entre os alunos é a ida ao ambulatório para a escolha da gestante. Determina-se uma estratégia de escolha por *empatia mútua, rompendo-se com a rotina dos serviços tradicionais*. Mas reafirma-se que compete à gestante selar a contratação, após ter sido informada sobre o projeto e ter aceitado o seguimento do aluno. Também é permitida a esta o rompimento do contrato quando quiser. O aluno é proibido de abandonar a gestante sem antes justificar-se para a sua dupla, a coordenação e, sobretudo, para a gestante.

O seguimento à gestante dá-se de imediato à aceitação, ambos entrando juntos nas consultas, realizando as trocas de telefones e de endereços para comunicação permanente. Estimula-se que o estudante sempre telefone para a gestante durante todo o período, para saber como ela está passando e/ou como está indo no tratamento proposto pela equipe médica.

A relação mínima temporal de ambos tem tido duração de seis meses, pois, como será visto na análise dos resultados, muitos alunos tornaram-se amigos da família da gestante e passaram a ter relação de afeto com ela e os recém-nascidos.

Enfatiza-se que o aluno está proibido de interferir na rotina da agenda da gestante, desenhada pela equipe médica. E a experiência clínica tem mostrado que esta tem se tornado sua principal referência no serviço e na hora da atenção ao parto.

O aluno do Passagem tem tido o desafio de ter que aprender a lidar com situações problemáticas, na atenção médico-obstétrica, com gestantes de alto risco.



Acompanhando “sua gestante” pelos diversos serviços para os quais esta é encaminhada, *administra a tensão do atendimento e o processo de ansiedade que se produz nele por “nada saber”, pois, segundo Sournia⁶, “a Medicina científica esforça-se por uma certa racionalidade, mas os médicos são também irracionais, dado que são humanos.”*

Essa *tensão* é notada nos diversos espaços por onde circula com a paciente, no agendamento da consulta, na relação médico-paciente no consultório, nos telefonemas e conversas com ela e seus familiares, na hora do pré-parto, parto e pós-parto, entre outros lugares.

O objeto “doença”, por vezes, como que se dilui diante de tantos esforços que faz o aluno por tentar compreender o que está *sendo dito ou não dito pela equipe*, no corpo da paciente. O que não entendem, de fato, é, parafraseando Clavreul⁷, *que “o saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui”.*

No processo de ensino na prática, a comunicação e o estreitamento dos laços de amizade com a paciente e com o serviço vão transformando o aluno de uma atitude passiva, tímida, para uma independência relativa. Escapando do lugar designado inicialmente pelo projeto, tem-se notado que, na busca de “compreender”, caminha dentro dos limites da total autonomia. Nesse exato momento, entram os alunos do 8º período, que funcionam como seus tutores, ensinando ao aluno do Passagem “tudo” que aprenderam na aula clínica com os professores na matéria Ginecologia e Obstetrícia II.

Ou seja, nota-se uma mudança de uma relação passiva para uma permeada pelo desejo de saber, estimulada pela relação e compromisso com a paciente, pois o lugar do atendimento médico, na prática, nem sempre responde às demandas das pacientes e/ou mesmo às perguntas formuladas pelos alunos, no lugar delas.

Esse vazio no saber, ocupado pelo aluno do 8º período, tem produzido um questionamento na relação médico-paciente praticada nessa área médica e, com isto, certo desencantamento dos alunos do Passagem do que eles achavam que poderia ser o *professor de Medicina*.⁸

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo-analítico da situação do aluno do projeto passagem, a partir da construção de uma base de dados criada durante o

período de seis anos, em que foram agrupadas avaliações pontuais das tarefas realizadas, por eles.

O artigo mostra nas conclusões que, se de fato existe uma “tensão médico-legal” no ensino da prática em obstetrícia, ao ser repassada ao aluno este revela um traço de questionamento que se traduz em atitudes contraditórias que serão examinadas nos resultados da avaliação das tarefas que são solicitadas a ele, pelo projeto.

Os alunos foram escolhidos baseado numa metodologia de ampla convocação dos estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG, no início de cada semestre, por meio de várias estratégias de divulgação (editais, de sala de aula, na sala de anatomia, pelo site da Faculdade de Medicina). A porcentagem de alunos que aderem a esse projeto tem atingido média de 15 a 20% do total dos que ingressam na Faculdade de Medicina da UFMG (total em seis anos de 300 alunos). Foram calculadas as porcentagens da idade e sexo na forma de gráficos.

Examinaram-se os resultados da entrega dos três instrumentos de acompanhamento e análise idealizados pelo projeto, preenchidos para servirem como parâmetro sobre o compromisso do aluno com o projeto. O primeiro, referente ao diagnóstico social da gestante, para compreender sua condição socioeconômica. Um segundo foi uma avaliação do desgaste sofrido por ela, em um dia de visita ambulatória – pré-natal, a partir da metodologia do tempo (horário, transporte, distância). E o terceiro instrumento, sobre a avaliação da percepção da gestante sobre o atendimento recebido no HC, que favorece tanto sua percepção quanto a do aluno, sobretudo no que diz respeito à relação médico-paciente, a partir da prática médica de consultório à luz do “acolhimento” .

Para o artigo foi utilizado o programa *Microsoft Office Excell 2003* e o *Microsoft Office Word 2007*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil do aluno

Ao longo do período, o Gráfico 1 mostra que existe uma escolha pelo projeto por estudantes com média de 19 anos de idade. E a preferência é do sexo feminino, contrariando a média de uma mulher para três profissionais médicos em obstetrícia, no mercado de trabalho.⁹



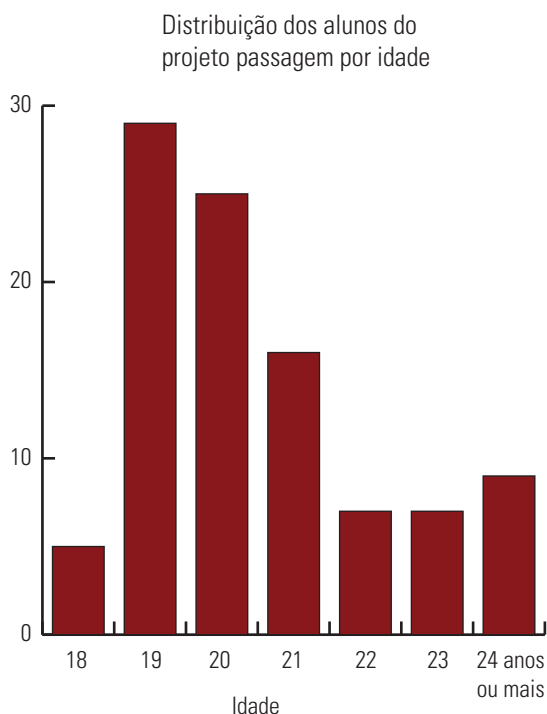


Figura 1 - Porcentagem dos alunos segundo a idade.
Fonte: Base de dados do Projeto Passagem, 2003-2009.

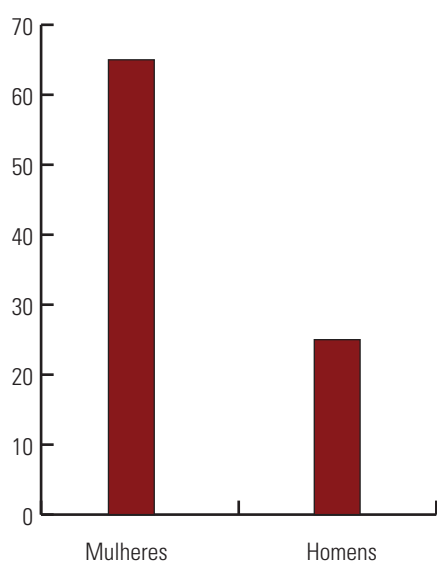


Figura 2 - Porcentagem de alunos do projeto, segundo o sexo.
Fonte: Base de dados do Projeto Passagem, 2003-2009.

Em média, o projeto tem tido a demanda para entrada de 25 alunos por semestre (15%). Este número não reflete um limite preestabelecido previamente, uma vez que não existe limite de vagas para entrar. E os dados permitem compreender certo

“elo ou interesse motivador do estudante”, desde que iniciam seus estudos médicos, procurando no ensino básico “uma prática médica”, simultaneamente. (Figura 3)

Verificou-se que, se, por um lado, 1% dos alunos inscritos “burla” o objetivo da formação do projeto Passagem, escolhendo uma gestante em fase final da gravidez, única e exclusivamente para assistirem de imediato ao parto e/ou poderem entrar ao bloco cirúrgico, encerrando a participação no projeto, 1% tem abandonado o acompanhamento alegando agenda de estudos atribulada. Por outro lado, 1% dos alunos é abandonado pelas gestantes, as quais se esquivam ou não passam a atender suas ligações. Algo que ninguém imaginava que pudesse acontecer no projeto: a recusa da gestante. Essa ruptura traz uma forte sensação de abandono, perplexidade e um profundo questionamento do seu futuro profissional.

Ao longo dos seis anos, observou-se um caso extremo, de um aluno não conseguir que alguma gestante o aceitasse para seguimento, embora tivesse insistido com todas, durante 15 dias. E houve casos de morte do feto imediatamente após a escolha, frustrando o *estudante ao ponto de perder o controle emocional*, “ficar rindo e, ao mesmo tempo, totalmente perdido, num marasmo”, sem saber o que fazer diante do acontecido. Esses alunos se perderam ao longo dos seis anos de experiência e seus traumas ainda estão para serem examinados.

Em média, 80% conseguem acompanhar com sucesso a gestante durante o pré-natal e o parto. E embora o projeto recomende o seguimento à paciente pelo menos até a primeira consulta pediátrica e/ou pós parto, esse ponto no projeto também está sendo reavaliado.

Tudo indica que a “hora do parto” é o ponto “ápice” da experiência, uma espécie de *ritual de passagem* de aprovação, seja junto à gestante, seja junto aos seus pares - os colegas do curso. Por isso, causa muita frustração ao estudante a gestante não poder realizar o parto em Belo Horizonte, mas, quando o impedimento “é falta da vaga no HC”, os estudantes têm acompanhado o parto em outros hospitais. (Figura 4)

Registrou-se também o caso de uma aluna (G.N.) que seguiu a gestante durante o pré-natal em outro hospital, quando esta foi transferida *até porque a gestante a solicitou. Pobrezinha – diz a aluna – não poderia dizer não àquela carinha*. (Figura 5)



Figura 3 - Profª Anayansi coordenando a formação no 1º semestre/2008.



Figura 4 - Lorena Dornellas acompanhando as 2 grávidas, as gestantes tiveram bebês no mesmo período.



Figura 5 - Fernanda Barbosa acompanhando as 2 grávidas, as gestantes tiveram bebês no mesmo período.

Relatos de alunos que seguiram a gestante durante 15 horas de trabalho de parto, para não perder esse momento, são realmente emocionantes. As fotos, a

festa com a mãe, o recém-nascido no colo do aluno, sua alegria no bloco com a sua gestante são detalhes de uma experiência de expressivo valor na formação acadêmica.

Note-se que a lógica da atenção ao parto em Belo Horizonte segue o modelo da Central de Leitos (que, no futuro, será o seguimento “*in útero*”) para poder fazer frente aos problemas da racionalização hospitalar e do número de berçários de alto risco na cidade. Por isso, o pré-natal não garante a atenção ao parto na mesma Maternidade e o Hospital das Clínicas é influenciado pelas mesmas lógicas a que estão submetidos os outros hospitais e maternidades.

No que diz respeito às tarefas da leitura do prontuário, em média, 92 alunos - que equivalem a 31% - entregaram ou sabiam o número do prontuário da paciente. Esse dado ficou mais elevado em 2008, quando há 61 alunos no ano todo e, destes, 34, ou seja, 56% realizaram essa tarefa. *Por que os alunos não sabem ou não se interessam pelo número do prontuário? Seria mais uma negligência deles? (perguntas realizadas pela estagiária RN/2009).*

Também se notou que houve certa dificuldade no preenchimento e entrega do questionário socioeconômico da gestante, que foi traduzido em “certo constrangimento nas perguntas a serem formuladas sobre a intimidade ou a vida delas”. Mas, ao mesmo tempo, certa compreensão do pouco preparo para enfrentar esse tipo de abordagem. De acordo com Le Goff¹⁰, pode-se concluir a este respeito “que de fato existem saberes que sempre escaparão da racionalidade médica científica. Entre eles, a vida íntima, a vida em família, a sexualidade e, por que não, o corpo.

Quanto à relação médico-paciente

Inicialmente, o projeto propõe a quebra da rotina médica com a presença de um novo “olhar”. A escolha da paciente por empatia é a questão central do Passagem, pois esta é a força que sustenta a relação, o *vínculo* entre eles. A escolha “aluno e gestante” tem possibilitado que se construa uma relação de *amizade e cumplicidade* ao longo do atendimento do pré-natal, na gestação, abrindo o elo tranquilizador no atendimento ao parto (mesmo cesáreo) e pós-parto da gestante.

O perfil, em geral, das mulheres atendidas no HC oscila entre dois perfis, são adolescentes, pobres, solteiras, sem muitas perspectivas na vida, todas ví-

timas de diversas violências (sociais, familiares, de relacionamento com o companheiro). Ou são mulheres adultas, pobres, multíparas, doentes graves com hipertensão, diabetes, cardiopatias graves, malformações genéticas nos recém-nascidos, AIDS, etc.

O aluno tem se tornado responsável oficial por elas, espécie de *DOULA*¹¹, fazendo dele a sua principal referência no complexo atendimento hospitalar. Essa relação vem fazendo a diferença no atendimento e na qualidade de respostas ao tratamento. A paciente tem se tornado uma auxiliar na formação do aluno, encorajando-o diante das situações problemas vivenciadas, diante das adversidades no ensino e da prática médica tradicional. Registra-se que os alunos do Passagem deixam de assistir aulas no ICB (Ciências Básicas) para seguirem a agenda da paciente, sem danos ou prejuízos à sua formação científica.

O projeto permitiu que as gestantes emitissem sua “opinião”, avaliando com valores de 1 a 10 o trabalho realizado pelo atendimento da equipe e do aluno do Passagem. Tem-se verificado notas de mínimo oito e, no geral, 10 e avaliações subjetivas sobre o desempenho do aluno que a acompanha, *de ser muito boa*, expressando critérios que, segundo a paciente, demonstram o que seria “*um bom acompanhamento*”.¹²

Outra tarefa importante, além de desenvolver a escuta solidária com a gestante, tem sido auxiliá-la a compreender as informações científicas repassadas pela equipe médica para um formato mais popularizado da ciência. Tem se notado, com esse simples procedimento, “*um alívio na angústia vivida por elas*” quando de sua inserção em tecnologias e tratamentos incompressíveis a que são submetidas e uma *maternagem* mais feliz.

Este ponto talvez seja um dos aspectos preocupantes do projeto, pois a proposta do Passagem é fortalecer o empoderamento (*empowerment*) da mulher durante sua gravidez. Empoderamento que alude não só ao sucesso do trabalho no par-

to, mas, sobretudo, no controle de seu corpo e sua vida. Nessa linha se colocaria certa esperança de que ela se volte para seus direitos e possa ocupar, na cena da atenção, um lugar mais de sujeito ativo em sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Pontgerard FL. *Obstétrique, une spécialité à risque médico-légal*. Memoire de diplome d'etat de sage-femme. Paris: Cochin- Port Royal Université Paris V; 1995.
2. Faculdade de Medicina da UFMG. Projeto “PASSAGEM: Espaço de Acolhimento de Mães e Bebês”. Belo Horizonte: Faculdade de medicina da UFMG; 2005.
3. Brenes A. *Bruxas comadres ou parteiras*. – Belo Horizonte: Editora Pelicano; 2005.
4. Brenes A. *Nems em Ação*. Projeto Passagem. In: Faculdade de Medicina da UFMG. Núcleo de Estudo Mulher e Saúde-NEMS.. [Citado em 2009 set. 04]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/dmps/nems.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde-SUS. [Citado em 2009 set.04] Disponível em: http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627.
6. Sourmia CJ. O homem e a doença. In: Le Goff J. *As doenças têm uma historia*. Lisboa: Terramar; 1997. 360p.
7. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983. 121p.
8. Batista NA, Silva SHS. O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola; 1998.
9. Brenes AC. O perfil do profissional obstetra em Belo Horizonte. Hoje. CNPq. (enquetes pontuais 1990, 2000)
10. Le Goff J. *As doenças tem uma historia*. Lisboa: Terramar; 1997. 360p.
11. Duarte AC. O que significa “doula”. [Citado em 2009 set. 04]. Disponível em: <http://www.doulas.com.br/doulas.html>.
12. Brenes AC, Gomes G, Leite HV, Aguiar R, Viana E, Martins CJS. Projeto passagem, experiência de ensino da relação médico paciente com a mulher. In: *Conhecimento e cultura UFMG 2008, XI Encontro de Extensão*. [Citado em 2009 set. 04]. Disponível em: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/apresentacoesextensao_16out.pdf