FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM CONTABILIDADE, ECONOMIA E FINANÇAS - FUCAPE

CLÁUDIA PONTES FERREIRA

FATORES DETERMINANTES DA HUMANIZAÇÃO E SEU IMPACTO NA PERCEPÇÃO DE EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

VITÓRIA

2018

CLÁUDIA PONTES FERREIRA

FATORES DETERMINANTES DA HUMANIZAÇÃO E SEU IMPACTO NA PERCEPÇÃO DE EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Professor Dr. Sérgio A. P. Bastos

VITÓRIA

2018

CLÁUDIA PONTES FERREIRA

FATORES DETERMINANTES DA HUMANIZAÇÃO E SEU IMPACTO NA PERCEPÇÃO DE EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Aprovada em 27 de novembro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____
Prof. Dr.: SÉRGIO AUGUSTO PEREIRA BASTOS
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE)

_____
Prof. Dra.: ARILDA MAGNA CAMPAGNARO TEIXEIRA
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE)

_____
Prof. Dra.: MÁRCIA JULIANA D'ANGELO
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE)

Para meus pais e meus filhos

AGRADECIMENTOS

Nos últimos anos tenho compreendido melhor o significado da palavra gratidão e que tudo na vida tem uma razão de ser e ocorre no tempo certo, mesmo que não se tenha clareza dos por quês dos tempos. Que somos diretores, roteiristas e protagonistas da nossa história, e que, quando a praticamos, a gratidão colabora para que o Universo conspire a nosso favor.

Agradeço a Deus e a todos os seres de Luz que têm estado comigo nessa jornada, visível e invisivelmente.

Agradeço a minha mãe por tudo. Por me proporcionar viver, por me educar e me ensinar a ser quem sou. Por estar sempre presente e disposta a ajudar.

Agradeço a meu pai. Sempre. Que mesmo na sua ausência física, continua tão presente em tudo e em todos.

Agradeço a meus filhos, Lucas e Júlia, por, mesmo sem às vezes compreenderem minhas ausências, foram, além de mim, os grandes motivos para que eu prosseguisse e chegasse até aqui.

Amigos acima de tudo, agradeço a minhas irmãs e irmãos de sangue e de coração, Patrícia, Ana, Vanessa, Raul e Paulinho e sobrinhas Luana e Larissa e minha por toda ajuda, parceria, amizade e apoio concedido em todos os momentos de minha trajetória.

A Joaquim, minha gratidão. Que ao seu modo, colaborou para que eu pudesse chegar neste momento, muitas vezes me lançando desafios e me conduzindo a transpor barreiras que não imaginei precisar transpor até então, o que me proporcionou enxergar coisas a meu respeito que antes eu desconhecia. Agradeço as tantas vezes que me socorreu para que eu pudesse conduzir minha pesquisa.

Agradeço também à Gabi e Daniel, pelos momentos que me ajudaram cuidando de Julia.

Sou grata aos professores e a toda a equipe da Fucape pelo excelente trabalho realizado, que me forneceram os recursos necessários para chegar até aqui.

Aos colegas de turma, agradeço pelos momentos vividos. Mas, especialmente aqueles que hoje, “Escolhidos” pelo coração, continuam a fazer parte de minha vida dividindo desafios, conquistas e alegrias.

Sou imensamente grata ao professor Dr. Sérgio Bastos pelos ensinamentos, pela paciência, pela compreensão e apoio emocional, além da total disponibilidade, sem o qual não seria possível a conclusão desta pesquisa.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a todos que participaram respondendo ao questionário, enviando a seus amigos e colaborando com informações que me proporcionaram construir esta pesquisa. Especialmente à Déa, Vanessa, Sandra, Leiloca, Maira, Flávia e a tantos que de alguma forma participaram desta jornada, sou grata por tanta ajuda e tanto apoio.

A todos, minha imensa gratidão!

RESUMO

Este estudo propõe-se a identificar os fatores que compõem a humanização na saúde e sua influência na percepção de eficácia dos serviços de saúde no Brasil, do ponto de vista dos usuários e dos profissionais da área. Adicionalmente, procurou-se identificar variações de percepções entre esses dois grupos. Os construtos formadores da humanização têm origem em seis diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e guardam coerência com a Teoria da Autopoiese, que considera o ser humano como um ser emocional, que se modifica para melhor se adaptar às relações sociais através de interações consensuais de condutas. Foi conduzida uma pesquisa de percepções tipo *survey*, com amostra não probabilística por acessibilidade, que produziu 457 respostas válidas, sendo 171 profissionais e 286 usuários dos serviços de saúde. Os métodos de análise compreenderam a análise fatorial exploratória, a estatística descritiva e a regressão linear múltipla. Foram identificados 8 fatores componentes da humanização. Evidências indicam que, na percepção de profissionais e usuários, a humanização impacta a eficácia dos serviços de saúde, sendo que Acolhimento Profissional, Acolhimento Relacional, Clínica Ampliada e Valorização Técnica do Trabalhador são significantes e positivamente relacionados à eficiência dos serviços de saúde. Além disso, o estudo indica diferenças nas percepções de usuários e de profissionais da saúde acerca dos fatores que impactam a eficácia dos serviços de saúde. A pesquisa evidencia a relevância da Teoria da Autopoiese para os estudos da humanização nos serviços da saúde, com consequente impacto na gestão de tais serviços.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Política Nacional de Humanização; Fatores da Humanização; Teoria da Autopoiese.

ABSTRACT

This study aims to identify the factors that compose humanization in health and its influence on the perception of effectiveness of health services in Brazil, from the point of view of users and professionals in the area. In addition, we sought to identify variations in perceptions between these two groups. The constructs that form humanization originate in the six directives of the National Humanization Policy (PNH) and are coherent with the Theory of Autopoiesis, which considers the human being as an emotional being, which modifies itself to better adapt to social relations through interactions consensuses of conduits. A survey - type perceptions was conducted, with a non - probabilistic sample for accessibility, which produced 457 valid answers, 171 professionals and 286 users of health services. The methods of analysis included exploratory factor analysis, descriptive statistics, and multiple regression. There is evidence that, in the perception of professionals and users, humanization impacts the effectiveness of health services, and that Professional Care, Relational Care, Expanded Clinic and Technical Appreciation of the Workers are significant and positively related to the effectiveness of the health services. In addition, the research points out differences in the perceptions of users and health professionals about the factors that impact on the effectiveness of health services. The research evidences of the Theory of Autopoiesis´ importance on health studies humanization, and the impact on the management of such services.

Keywords: Health Services; HNP (National Humanization Policy); Humanization Factors; Theory of Autopoiesis.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra ……52
Tabela 2: Análise fatorial exploratória…….....55
Tabela 3: Análise fatorial – variância dos principais fatores……..…56
Tabela 4: Análise fatorial exploratória – comuninalidades do PCF……..56
Tabela 5: Estatística descritiva dos fatores ou construtos ……....59
Tabela 6: Estatística descritiva da amostra e comparativo das médias…….....65
Tabela 7: Análise das variâncias dos construtos ……67
Tabela 8: Regressão dos fatores de humanização ……68
Tabela 9: Modelo da regressão linear múltipla …….....69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil dos artigos desenvolvidos na área de Humanização na Saúde.....…28
Quadro 2: Variáveis do construto Direito dos Usuários (DUS)……..…….....59
Quadro 3: Variáveis do construto Acolhimento Profissional (ACpro).....…….…60
Quadro 4: Variáveis do construto Gestão e Cogestão (GCG)……....61
Quadro 5: Variáveis do construto Clínica Ampliada (CAM)…..……...…...61
Quadro 6: Variáveis do construto Ambiência (AMB)…….....62
Quadro 7: Variáveis do construto Acolhimento Relacional (ACrel)..……..62
Quadro 8: Variáveis do construto Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu)…….63
Quadro 9: Variáveis do construto Valorização da Inserção do Trabalhador (VTpge).63

LISTA DE SIGLAS

ACpro - Acolhimento Profissional

ACrel - Acolhimento Relacional

AMB – Ambiência

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAM – Clínica Ampliada

CV – Coeficiente de Variação

DOU - Diário Oficial da União

DP – Desvio Padrão

DUS – Direitos dos Usuários

ESS – Eficácia dos Serviços de Saúde

GCG – Gestão e Cogestão

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IN - Imprensa Nacional

LpCp - *Linstening to people to Cure people*

M - Média

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PROF – Profissionais dos serviços de saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USU – Usuários dos serviços de saúde

VTatu - Valorização Técnica do Trabalhador

VTpge - Valorização da Inserção Trabalhador

SUMÁRIO

Capítulo 1 ..... **13**
1 INTRODUÇÃO **13**
Capítulo 2 ..... **17**
2 REFERENCIAL TEÓRICO **17**
2.1 TEORIA DA AUTOPOIESE OU BIOLOGIA DO CONHECER 18
2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE 23
2.3 PNH –POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE / HUMANIZA SUS 29
2.3.1 Acolhimento **32**
2.3.2 Gestão participativa e cogestão **34**
2.3.3 Ambiência **35**
2.3.4 Clínica ampliada **36**
2.3.5 Direitos dos usuários **38**
2.3.6 Valorização do trabalho e do trabalhador **40**
2.4 A EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 41
2.5 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS SOBRE A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL 45
Capítulo 3 ..... **48**
3 METODOLOGIA **48**
Capítulo 4 ..... **52**
4 RESULTADOS **52**
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 52
4.2 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA 54
4.3 ESTATÍSTICA DESCRITIVA 58
4.4 COMPARATIVO DAS MÉDIAS 65
4.5 REGRESSÃO LINEAR 67
4.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 71
Capítulo 5 ..... **76**
5 CONCLUSÃO **76**
REFERÊNCIAS **81**
ANEXO I - QUESTIONÁRIO **86**

Capítulo 1

1 INTRODUÇÃO

“A melhor forma de lidar com o sofrimento do outro é através da compaixão responsável” (ARANTES, 2016). Compaixão que emana da emoção, considerada por Maturana (2002) em sua Teoria da Autopoiese como um fenômeno característico do reino animal, que impulsiona a ação humana, e cotidianamente se entrelaça com a razão e constitui o viver humano. O amor é a base das relações sociais, e é o que proporciona a legítima aceitação do outro como sujeito na convivência. Mas, para que essas relações ocorram, sistemas legais que estabelecem regras e limites se fazem necessários (MATURANA, 2002).

As relações estabelecidas nos serviços de saúde vêm passando por diversas transformações. Além dos contínuos avanços científicos e tecnológicos, há um direcionamento de comportamentos coerentes aos preceitos da autopoiese, como conceituada por Maturana (2002), materializando-se nas chamadas ações de humanização. Esse componente dos serviços de saúde no Brasil tem se mostrado relevante e princípios que valorizam os direitos, necessidades e dignidade do trabalhador e do usuário têm sido pauta de diversos movimentos recentes, visando atingir resultados mais eficientes e eficazes (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CASATE; CORRÊA, 2005; TAVARES *et al.*, 2014; AZEREDO, 2017).

Em 2003, o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH/Humaniza SUS, de agora em diante referida como PNH), um conjunto de princípios e diretrizes que propõem mudanças nos modelos de gestão da saúde pública vigentes àquela época, passa a regular as relações estabelecidas entre os diversos sujeitos envolvidos

na saúde - usuários, trabalhadores e gestores - como uma grande necessidade de se encontrar novos caminhos para a crise que o setor vinha vivendo (CALEGARI *et al.*, 2015; SANTOS FILHO, 2010; BENEVIDES; PASSOS, 2005). As diretrizes propostas pela PNH, ou seja, orientações nos âmbitos clínico, ético e político, vêm direcionar a atuação na área. Apesar dessa política ter sido elaborada essencialmente para o setor público de saúde, há uma universalidade em seus princípios. Portanto, neste estudo, as diretrizes da PNH serão consideradas tanto para o segmento público quanto para o privado de saúde. Deste modo, para efeito norteador, são elas a base de construção do modelo desta pesquisa, a saber: acolhimento; clínica ampliada; ambiência; gestão participativa e cogestão; direitos dos usuários; e valorização dos trabalhadores (SANTOS FILHO, 2007; SANTOS FILHO *et al.*, 2009).

Há pesquisas que investigaram, exclusivamente, a percepção de usuários sobre a humanização (FABIANO *et al.*, 2005; BRITO; CARVALHO, 2010; MOGLIA JÚNIOR *et al.*, 2015; SOARES; POLEJACK, 2016; NUVEA *et al.*, 2017), enquanto outras analisaram somente a percepção dos profissionais e gestores de saúde a respeito do tema (BOMFIN *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*; 2014CALEGARI *et al.*, 2015). Ainda outros estudos investigaram a percepção sobre humanização de ambos os grupos de atores, como é o caso de França *et al.* (2008), Falk *et al.* (2010) e Buffoli *et al.* (2014). Destaque-se a grande ênfase qualitativa desses estudos.

As pesquisas citadas ocorreram tanto em serviços públicos como privados, analisando a satisfação dos diversos sujeitos envolvidos. Contudo, não foi identificado, na literatura revisada, qualquer estudo quantitativo que tenha investigado a percepção tanto de usuários (entenda-se pacientes, acompanhantes e familiares) quanto de profissionais (entenda-se médicos, auxiliares e quaisquer outros, direta ou

indiretamente, ligados à prestação dos serviços) sobre a eficácia da humanização nos serviços de saúde.

Destaque-se ainda que o interesse, para fins de administração de empresas e, mais especificamente, administração hospitalar, se dá na medida em que uma maior eficácia nos serviços de saúde pode implicar redução de custos, aumento de disponibilidade de recursos (humanos, leitos, medicamentos etc.), além de proporcionar mais conforto físico e emocional aos pacientes (PASCUCI, 2017). É, portanto, um tema que interessa ao conhecimento em gestão.

Isto posto, a partir desta lacuna identificada, coloca-se a questão de pesquisa: A humanização impacta a percepção de eficácia dos serviços de saúde no Brasil?

Logo, são três os objetivos deste estudo: 1) verificar a percepção de usuários e profissionais acerca dos fatores que compõem a humanização; 2) verificar a influência da humanização na eficácia dos serviços de saúde no Brasil; e 3) verificar variações de percepções entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Inicialmente, partiu-se das 6 (seis) dimensões propostas pela PNH (BRASIL, 2012a). Foi então construído um questionário, realizados pré-testes e aplicada uma pesquisa *survey* de percepções. As respostas foram estruturadas em escala *Likert* de 5 pontos em que 1 significa total discordância e 5 significa total concordância. A coleta dos dados foi realizada no período de 29/12/2017 a 07/03/2018 por meio de *link* enviado aos participantes por redes sociais e e-mail, utilizando-se a técnica bola de neve. A amostra é, portanto, não probabilística por acessibilidade.

Este trabalho pretende contribuir, de forma teórica, para a ampliação do conhecimento sobre a humanização no contexto da prestação de serviços de saúde utilizando como pano de fundo a Teoria da Autopoiese e fornecendo um olhar

diferenciado ao utilizar a metodologia quantitativa de pesquisa, dado o tema ser tratado na literatura até então de modo essencialmente qualitativo.

De forma prática, espera-se contribuir para o direcionamento das ações da gestão das organizações de saúde, tanto públicas como privadas, quanto às práticas de humanização, de forma a impactar sua eficácia.

Capítulo 2

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As mudanças que vêm ocorrendo nas relações da saúde têm sido pauta de diversos movimentos nas últimas décadas. Os direitos, as necessidades e a dignidade de usuários e trabalhadores no Brasil têm sido uma temática relevante, em busca de se estabelecer relações mais humanizadas entre os diversos atores do setor e, ao mesmo tempo, obter resultados mais eficazes no que se refere à gestão (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CASATE; CORRÊA, 2005, TAVARES *et al.*, 2014; AZEREDO, 2017). Eficácia essa que pressupõe o atingimento de resultados desejados e estabelecidos como metas em diversos aspectos dos serviços de saúde (BRASIL, 2004), vistos por Cunha (2011) como os indicadores de qualidade que informam sobre a satisfação dos clientes e as características dos produtos e serviços.

A prestação de serviços na área de saúde exige de seus profissionais estabelecer um contato direto com pessoas, pacientes e familiares, em muitas ocasiões, no momento mais difícil de suas vidas, onde saúde, doença, conflitos e frustrações posicionam o indivíduo como centro da atenção e cuidados (MOTA *et al.*, 2006). Esse cenário reflete a “especificidade intrínseca do segmento de saúde”, que o torna único em função desse foco no ser humano, que com suas características e valores individuais que norteiam o agir e o se expressar, posiciona-se com sua individualidade no contexto do grupo, legitimando, assim, as características que o fazem humano (BOMFIN *et al.*, 2013).

Na busca por compreender o impacto das ações de humanização na saúde, esta pesquisa norteia-se a partir de três eixos teóricos. Inicia-se com a Teoria da Autopoiese e Biologia do Conhecer do neurobiólogo chileno Humberto Maturana

(2002), que apresenta reflexões sobre o homem como ser emocional, e não apenas racional. Para o autor, o que o move e faz ser humano é o amor, e não a razão. Na sequência, é realizada uma revisão bibliográfica sobre humanização na saúde, e é apresentado um quadro com diversos estudos e suas características básicas, que foram determinantes para a escolha da metodologia adotada nesta pesquisa. O terceiro eixo de referência deste estudo é a Política Nacional de Humanização / Rede Humaniza SUS, que apesar de ter sido elaborada para atender a área de saúde pública, é aqui também utilizada como parâmetro para a saúde privada do Brasil e foi a base de construção do instrumento de coleta de dados desta pesquisa. Em seguida, faz-se uma reflexão sobre a eficácia da humanização da saúde no Brasil, onde consolida-se a hipótese desta pesquisa, que é analisada sobre dois pontos de vista, ou seja, as diferenças e semelhanças entre as percepções dos profissionais que atuam na saúde e os usuários dos serviços.

2.1 TEORIA DA AUTOPOIESE OU BIOLOGIA DO CONHECER

> "Ao nos declararmos seres racionais vivemos uma cultura que desvaloriza as emoções, e não vemos o entrelaçamento cotidiano entre razão e emoção, que constitui nosso viver humano, e não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional" (MATURANA, 2002 p.15).

Ultrapassando a premissa básica do pensamento ocidental, o biólogo e neurofisiologista chileno Humberto Maturana veio propor, no início da década de 1990, um novo olhar para o ser humano, enxergando-o para além dos aspectos físicos e racionais. Em suas reflexões, Maturana não nega o racional, mas desperta para o entendimento de que o sistema emocional do ser humano se sobrepõe ao sistema racional, ou seja, que agimos pela emoção. E que as emoções são a base das relações e das atitudes.

Através da teoria que ele mesmo intitulou Biologia do Conhecer, anteriormente conhecida como Teoria da Autopoiese, Maturana explica o que é o viver, com base na fenomenologia que envolve os aspectos do “vir-a-ser” humano. Essa constituição do humano, a “hominização”, que se deu a partir do desenvolvimento da linguagem dos primatas bípedes, transformando-os em *homo sapiens*, é entendida por Pessini e Bertachini (2004) como o processo de criação e construção de oportunidades de existência e de uma vida digna.

Nesse processo de “hominização”, ou seja, a evolução física e intelectual em que o homem se transforma em ser humano, que interage e reconhece o outro como ser de direitos, procurando compreender suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais (PERES *et al.*, 2007), Maturana (2002) destaca o amor como a emoção que fundamenta essa história de construção. E por amor, Maturana (2002) define a emoção que domina a ação na interação com o outro, tornando-o um ser legítimo nesta relação, ampliando e estabilizando a convivência humana, reconhecendo e aceitando o outro. Isso requer, muitas vezes, a mudança de olhar, um olhar pela emoção, e por que não dizer, pelo amor (MATURANA, 2002). Amor, que como fenômeno próprio do ser humano, impulsiona a ação e conjuntamente com a razão, constitui o viver humano.

Apesar do entendimento do amor como um sentimento, de certo modo, complicado e especial, Maturana (2002) o identifica como a emoção que fundamenta as relações sociais. Segundo ele, o amor é a base do fenômeno social, é o abrir-se para a existência do outro a seu lado e sua prerrogativa essencial é a “aceitação do outro como legítimo outro na convivência”. Se essa aceitação mútua não ocorre, deixa de existir a relação social e se conduz à destruição ou separação.

Ainda, de acordo com Maturana (2002), pode-se notar a partir de registros históricos, que desde quando a linguagem se tornou parte da vida do ser humano, o amor já se fazia presente como emoção central das relações sociais, onde os hábitos de vida desde então são a base para o desenvolvimento físico, emocional, social e espiritual e reforçam a importância da aceitação do outro como outro ser legítimo na relação, tanto no que se refere a adultos quanto a crianças. O ser humano é um ser que depende do amor para se desenvolver e sobreviver. Deste modo, a falta de amor ou sua negação podem ser consideradas a maior causa dos problemas e doenças de saúde. Independentemente de questões religiosas ou cristãs, mas sim, biologicamente falando, é o amor que constrói as relações sociais constituídas a partir de uma linguagem baseada em interações consensuais de conduta (MATURANA, 2002).

Ao desenvolver a ideia de como se dão as interações consensuais de condutas, Maturana (2001) estrutura um quadro explicativo dessas interações, apresentado na Figura 1. Nesta figura pode-se observar as modificações que ocorrem nos seres quando da interação consensual com outros seres vivos. No caso da Figura 1, ao interagirem, os seres alteram suas estruturas para se adequarem ao meio, onde o meio de A é B e C, o meio de B é A e C e o meio de C é A e B. Nota-se que ocorrem modificações em todos, ou seja, ninguém se mantém da mesma forma após vivenciar as interações. Maturana (2001) cita como exemplos a compra de um sapato novo e o fato de uma pessoa achar um gato abandonado na rua. No primeiro exemplo, o sapato novo, ao ser usado pela primeira vez, é duro, rígido, machuca. Com o uso, o calçado se modifica para se adequar ao formato do pé. Por outro lado, o pé sofrerá no início, terá calos e bolhas, mas se acomodará ao formato do sapato que, depois de “amaciado”, poderá ser calçado “como uma luva”. Esta, apesar de não se tratar de

uma relação exclusivamente entre seres vivos, representa bem esse processo de transformação, quando os sujeitos, vivos ou não, se adaptam para aceitarem e conviverem melhor um com o outro. Já no caso do gato, trata-se de uma relação entre seres vivos e envolve emoção, amor. O autor relata, também, uma experiência vivida com um gato, que inicialmente, a pessoa encontra na rua e decide cuidar. Na semana seguinte, o gato já está na cama do sujeito, é quase o dono da casa e transformou as rotinas de todos os moradores. Para que isto tenha ocorrido, foi necessário que houvesse uma interação inicial com aceitação do outro como outro legítimo na convivência, por ambas as partes, pois, caso contrário, haveria negação do outro e a pessoa talvez não levasse o gato para casa ou o gato poderia não aceitar a convivência e simplesmente ir embora.

O fenômeno ocorrido nestes dois exemplos é denominado por Maturana (2001, p.84) como “uma expansão de um domínio de interações consensuais de condutas. Nada mais. Interações consensuais de condutas” que modificam as estruturas e transformam os sujeitos nas relações sociais.

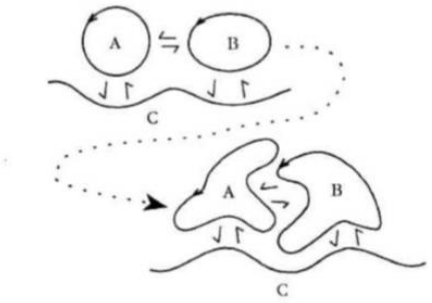

Figura 1: Histórico das interações humanas
Fonte: Maturana (2001, p. 83).

Deste modo, considerando o argumento de Maturana (2002) de que as relações sociais são construídas com base no amor, pode-se verificar que alguns

estudiosos e profissionais têm direcionado suas pesquisas visando identificar novos modos de atuar e se relacionar com os diversos sujeitos envolvidos nos processos da saúde. Um exemplo deste argumento é defendido por Arantes (2016), uma médica geriatra especialista em Cuidados Paliativos, que afirma que “a doença produz uma melodia única que é o sofrimento”. E que o sofrimento pode ser físico, emocional, social, familiar e espiritual. Arantes (2016) reforça que “a melhor forma de lidar com o sofrimento do outro é através da compaixão responsável”. Compaixão esta, possível de ser sentida através do amor, onde se busca identificar a verdadeira necessidade do outro, tratando-o como legítimo outro na convivência. Oposto a isso, quando ocorrem interações baseadas em agressão, há uma ruptura na convivência, separação ou destruição (MATURANA, 2002).

Os relatos apresentados por Arantes (2016) propõem um novo olhar para a vida e para a morte, buscando novos modos de agir. Um pequeno trecho apresenta o momento em que a médica relata seu sentimento em relação à dor de um paciente terminal:

> “Não conseguia tocar naquele corpo; naquele instante, quem tinha medo era eu. Me veio uma fantasia: se eu o tocasse, poderia sentir a dor dele. Ao mesmo tempo, havia o medo de lhe causar mais dor. Fui buscar ajuda. (...) Entendi então o que era morrer de uma doença incurável em um hospital: todo o sofrimento do mundo em uma pessoa só, e todas as vozes terríveis ecoando: “Não há nada a fazer... Não há nada a fazer.”
>
> Depoimento da médica geriatra e especialista em Cuidados Paliativos, Ana Claudia L.Q. Arantes, em seu livro A morte é um dia que vale a pena viver. 1 ed. Casa da Palavra. Rio de Janeiro, 2016.

Sob outro ponto de vista, Gomes (2007), retrata os sentimentos vividos por ele próprio, um médico que após ser acometido por um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e ficar totalmente paralisado, foi internado na UTI de um hospital.

> “- Passei 15 (quinze) dias na U.T.I. e, só quem passou alguma vez por uma, sabe o que é um inferno na terra!”...p. 57

> “- Eu fui internado em pleno inverno e o aparelho de ar condicionado ficava sempre ligado, mesmo assim. Não usava camisa por estar monitorado, com fios por todos os lados, ficando somente de fraldas. Como eu não me movia, as pessoas achavam que eu nada sentia e, assim, nem pensavam em me cobrir. Eu tentava a todo custo me comunicar com os olhos quando alguém se aproximava do leito, mas ninguém me entendia e eu, inúmeras vezes, passei noites sentido muito frio e torcendo para que o dia logo amanhecesse.” p.26
>
> “- Ouvi de uma Doutora (Vanilce), dias depois, que só deveria trabalhar em U.T.I. quem tivesse passado por uma como paciente, para saber como agir.(...) Ela falou: “Zé Luiz, você teve uma lesão grave, mas tudo pode ser revertido, só depende de você ” p. 26 e 27
>
> “- Um médico do hospital, um neurologista, chegou até mim e disse: ´Você teve uma lesão grave, AVC de tronco e é difícil fazer prognóstico. Esqueça a vida por mais de um ano (estou escrevendo depois de quatro meses) pois, provavelmente, se melhorar ou sobreviver, vai ter problemas, sequelas´.” p.25

Os dois depoimentos apresentados, tanto da médica que atua com cuidados paliativos quanto do médico que apresenta seu relato como paciente de uma UTI reforçam a relevância de se estabelecer relações mais humanizadas na saúde, em que seres humanos tratem outros seres humanos levando-se em conta os aspectos envolvidos no contexto do problema. Estas reflexões serão consideradas neste estudo como algumas das bases da humanização na saúde.

2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

As organizações hospitalares vêm constantemente buscando a melhoria de seus processos, de modo a assegurar a sustentabilidade financeira e sua permanência no mercado, aliada à efetividade nos resultados assistenciais. A especificidade peculiar ao segmento de saúde adquire status singular pela própria questão que envolve o indivíduo como centro da atenção, através da oferta de serviços de assistência e administrativos de qualidade (BOMFIN *et al.*, 2013).

Os comportamentos orientados para o cliente são descritos como o desejo do colaborador em ajudar os clientes a avaliar as suas necessidades e oferecer a eles

serviços que irão satisfazê-las; e descrever e realizar serviços com precisão, entre outros (HOFFMAN; INGRAM, 1992). O papel dos profissionais que atuam na gestão é fundamental para estimular a inclusão dos trabalhadores e propor a reinvenção dos processos de trabalho formando agentes ativos de mudança no serviço de saúde (BRASIL, 2012a). Acima de tudo, que se sintam valorizados como pessoa, satisfeitos como profissionais, bem informados e sintonizados com os propósitos da instituição em que trabalham (LEITE; STRONG, 2006).

Assim, apesar das dimensões da humanização serem aspectos basicamente empíricos, há que se avaliar se as ações de humanização são entendidas pelos atores envolvidos como fatores que aumentam a eficácia dos serviços de saúde, já que o trabalho na área implica que os profissionais estabeleçam um contato direto com seres humanos, muitas vezes no momento mais difícil de suas vidas (MOTA *et al.*, 2006).Trata-se da “especificidade intrínseca do segmento de saúde”, que o torna único em função desse foco específico no ser humano (BOMFIN et al., 2013).

Diversas são as definições de humanização encontradas na literatura. As diferenciações entre elas se dão devido aos vários pontos de vista dos diferentes atores presentes no processo. Com uma visão mais generalista e gerencial, Casate e Corrêa (2005) compreendem a humanização como encontro onde saberes, poder e experiências são compartilhados e tendem a promover transformações políticas, administrativas e subjetivas nos sujeitos envolvidos. De modo mais humanista, Waldow e Borges (2011) definem humanizar como envolver o humano na ação de cuidar; e que só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de naturalmente cuidar do outro. Mota *et al.* (2006, p. 327) identificaram “a preocupação com a humanização na saúde tendo como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos”. Cotta *et al.* (2013) reforçam a definição apresentada

pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), que entende humanização como a valorização dos diversos atores presentes nas relações de saúde, e norteada pelo protagonismo e autonomia destes, através de relações construídas com vínculos solidários de participação e cooperação dos atores nos processos.

Não por acaso, vários estudos têm indicado a urgente necessidade de se melhorar a qualidade dos serviços oferecidos na saúde, as estruturas físicas, os processos, o acesso, dentre outros. Médicos, gestores e demais profissionais da área são atores fundamentais nesse processo de transformação da saúde, ao oferecerem uma assistência ao paciente e seus familiares mais humanizada, acolhedora, respeitando os direitos e necessidades do outro (CASATE; CORRÊA, 2005; WALDOW; FRANÇA *et al.*, 2008; RIOS, 2009; BORGES, 2011). Para que mudanças ocorram, há que se estimular a compreensão dos trabalhadores da saúde a respeito de seu papel como agentes da humanização e o papel de cada um neste processo, compreendendo o impacto desta conduta na eficácia dos serviços de saúde.

A humanização como ferramenta de gestão, “valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais” (RIOS, 2009, p.5). Por conseguinte, torna-se fundamental que os colaboradores da organização percebam a relevância de um atendimento hospitalar humanizado, que proporcione bem-estar ao paciente e familiar (TREVISAN *et al.*, 2013).

Apesar da subjetividade e complexidade de conceituação do termo humanização devido às diferenças culturais e valores individuais (CALEGARI *et al.*, 2015), para este estudo considerar-se-á a definição a seguir, devido ao fato de a mesma abordar o papel e a relevância dos diversos sujeitos envolvidos no processo de humanização.

> Tomamos a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391).

A escolha desta definição como norte para este estudo se dá em função de identificar o papel dos atores do processo, responsabilizando cada um pelo sucesso ou não do resultado do trabalho. Ainda, destaca a relevância da gestão para a mobilização dos profissionais, que individual e coletivamente impactam nos resultados.

Atualmente, muitas organizações compreendem a necessidade de agregar diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes no meio hospitalar (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006), de modo que investir na humanização da assistência gere um diferencial estratégico para a organização (ANDRADE; ARTMANN, 2009).

Considerando o âmbito organizacional, a humanização ocupa-se dos valores fundamentais para delimitar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que se considera bom e justo para a coletividade (RIOS, 2009, p.12). Não por acaso, vários estudos têm indicado a urgente necessidade de gestores e profissionais da saúde se adaptarem e desenvolverem, em seus locais de trabalho, uma assistência mais humanizada (CASATE; CORRÊA, 2005; WALDOW; BORGES, 2011), como se identifica nos estudos que analisam a percepção dos usuários acerca da humanização dos serviços. Propõe-se que as organizações adotem, juntamente com os seus colaboradores, os mesmos valores que se espera deles em relação aos colegas de trabalho e aos pacientes, ou seja, oferecer um tratamento humanizado (LEITE; STRONG, 2006). A humanização requer dedicação do trabalhador e ao trabalhador, para que ele tenha condições de prestar o atendimento humanizado que dele se espera (CASATE; CORRÊA, 2005).

A humanização na saúde tem sido objeto de diversos estudos, com ênfase na qualidade de serviços prestados aos pacientes/clientes (DESLANDES, 2004; D´INNOCENZO, 2006). No Quadro 1 são apresentadas algumas dessas pesquisas.

Foi identificada uma maior concentração de estudos qualitativos voltados exclusivamente para usuários ou para profissionais. Porém, há que destacar a pesquisa realizada por Buffoli et al. (2014). O grupo de pesquisadores italianos desenvolveu um questionário de pesquisa quantitativa, construído a partir de dados levantados por eles mesmos em outra pesquisa qualitativa realizada em instituições de saúde daquele país, investigando aspectos críticos da humanização. Contudo, não se trata de um único instrumento de coleta para todos os públicos, tendo questões exclusivas a perfis diferenciados de usuários e outras perguntas específicas para determinados perfis de profissionais. Deste modo, não foi identificado na literatura pesquisada algum estudo anterior quantitativo que tenha investigado a percepção de ambos, usuários e profissionais, sobre a eficácia da humanização nos serviços de saúde partindo de um único instrumento de coleta de dados quantitativo.

Outro aspecto de destaque é a concentração de pesquisas na área de saúde pública. Segundo dados do Diário Oficial da União (DOU) divulgados pela Imprensa Nacional (BRASIL, 2017a, p.58), em agosto de 2017 a população do Brasil era superior a 207,7 milhões de pessoas. Por outro lado, deste total, 47,3 milhões de pessoas eram usuárias de planos de saúde, de acordo com a divulgação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em Brasil (2017b). Estes dados demonstram a relevância da saúde privada no país, que atende a 23% da população total brasileira.

Título	**Autor**	**Natureza dos serviços**	**Natureza da pesquisa**	**Público**
A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação	Brito e Carvalho (2010)	Privado	Qualitativa / Quantitativa	Usuários

Avaliação da qualidade na prestação de serviços hospitalares.	Nuvea *et al.* (2017)	Público	Qualitativa / Quantitativa	Usuários
Avaliação da satisfação dos usuários do serviço social de internação no HRAC/ USP: humanização e qualidade	Fabiano *et al.* (2006)	Público	Qualitativa / Quantitativa	Usuários
Mensuração da Satisfação do Cliente com o Serviço de Enfermagem e sua Relação com a Avaliação do Serviço Hospitalar	Moglia Jr. *et al.* (2015)	Público	Quantitativa	Usuários
Visão dos clientes externos sobre a satisfação dos serviços de enfermagem hospitalar: abordagem interpessoal	Baracho *et al.* (2016)	Público	Quantitativa	Usuários
Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia	Soares e Polejack (2016)	Público	Qualitativa	Usuários
Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado	Calegari *et al*. (2015)	Privado	Qualitativa	Profissionais
Humanização e Educação Permanente: implicações no cotidiano de trabalho.	Tavares *et al.* (2014)	Público	Qualitativa	Profissionais
Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares	Bomfin *et al.* (2013)	Público e Privado	Qualitativa	Profissionais
Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?	Cotta *et al.* (2013)	Público	Qualitativa	Profissionais
Listening to people to cure people: the LpCp - tool, an instrument to evaluate hospital humanization	Buffoli *et al.* (2014)	Público e Privado	Qualitativa / Quantitativa	Usuários e Profissionais
Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB	França *et al.* (2008)	Público	Qualitativa	Usuários e Profissionais
Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde	Falk *et al.* (2010).	Público	Qualitativa	Usuários e Profissionais

Quadro 1: Perfil dos artigos desenvolvidos na área de Humanização na Saúde
Fonte: elaborado pela autora

Considerando os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, atendentes e afins) como parte fundamental nesse processo e detentores de um papel de grande relevância para a humanização, cada um na sua função, principalmente pela subjetividade relacionada à atitude profissional, é apontado como necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade e receptividade para o diálogo, visando amparar o paciente para que o mesmo se sinta acolhido nesse momento que envolve doença e, por vezes, morte (CASATE e CORRÊA, 2005). D´Innocenzo *et al.* (2006)

destacam a necessidade de se considerar diversas variáveis e indicadores que respondam “onde, com o que, como, o que, quando e por que” se busca a melhoria dos serviços de saúde, tanto em relação ao paciente quanto aos prestadores dos serviços.

2.3 PNH –POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE / HUMANIZA SUS

Nas últimas décadas, a humanização dos serviços de saúde no Brasil tem se mostrado uma temática relevante, em que princípios que valorizem os direitos, necessidades e dignidade do trabalhador e do usuário têm sido pauta de diversos movimentos (CASATE; CORRÊA, 2005), visando atingir melhores resultados. Os movimentos feminista e da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial na década de 1970 (AZEREDO, 2017) e a reforma sanitária nos anos 1980 (TAVARES *et al.*, 2014) são alguns exemplos relevantes desses avanços. Em 1988, a aprovação da Constituição Federal Brasileira veio propor uma mudança no acesso da população à saúde, depois de anos sem uma legislação específica, estabelecendo “a saúde como direito social” (CALEGARI *et al.*, 2015). Os autores reforçam ainda que outras mudanças ocorreram após o início dos anos 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a se considerar a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/Humaniza SUS), lançada em 2003, surge então como um movimento que revisa os modelos de gestão da saúde vigentes àquela época, buscando pôr em prática os já existentes princípios do SUS e propondo melhorias nas relações estabelecidas entre os diversos sujeitos envolvidos nos processos (usuários, trabalhadores e gestores), como uma grande necessidade de se encontrar novos

caminhos para a crise da saúde (CALEGARI *et al.*, 2015; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Com o propósito de produzir saúde através de um SUS humanizado, “que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (p.5), a PNH apresenta mudanças no modelo de atenção a partir de propostas de ajustes no modelo de gestão da saúde, dando destaque à importância da participação da gestão para a melhoria dos serviços. Em linhas gerais, os resultados esperados a partir da implantação da PNH são a ampliação do acesso à saúde pública, com diminuição das filas e a redução dos tempos de espera; atendimento acolhedor, com avaliação dos critérios de risco; que os direitos dos usuários sejam garantidos e os trabalhadores valorizados; que a gestão seja realizada com participação dos sujeitos, onde as necessidades são consideradas e cada um reconhece seu papel no processo (BRASIL, 2016). Estes resultados, apesar de serem estabelecidos como metas para a saúde pública, podem ser considerados também como relevantes para os serviços de saúde privada.

A PNH (BRASIL, 2011) foi desenvolvida originalmente tendo como público alvo as instituições de saúde pública do Brasil. Porém, este estudo utiliza os parâmetros estabelecidos pela Política como referência para uma análise geral do desempenho em humanização na saúde como um todo, tanto da pública quanto privada, visando obter uma visão mais ampla da saúde no Brasil. Esta escolha se deve ao fato de se considerar como universais alguns critérios estabelecidos pela Política, podendo estes serem utilizados como critérios norteadores da saúde privada também, já que a PNH se propõe a ir além da doença, oferecendo atenção integral aos diversos sujeitos envolvidos, através de mudanças nas relações sociais visando reconhecer cada um como legítimo cidadão de direitos.

Santos Filho (2007) traz à luz a relevância da PNH para as transformações nas relações sociais de saúde, que através de conceitos focados na reorganização dos processos e estruturada a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos, além da proposta de ampliar e estimular a comunicação, visando a construção de processos coletivos com objetivo de minimizar impasses e melhorar as relações sociais entre trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2012a). Para efeito de desenvolvimento desta pesquisa, serão aqui analisados os princípios, o método e as diretrizes da PNH, de toda sorte coerentes com a Teoria da Autopoiese e dos conceitos de humanização explorados nos itens anteriores. Os dispositivos, por serem modos de fazer, de pôr em prática as diretrizes na saúde pública, não serão aqui abordados.

Os princípios da PNH, ou seja, aquilo que move e faz a Política existir, são: “1- Transversalidade, 2- Indissociabilidade e 3- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.” Estes princípios se propõem a estimular a melhoria nas formas de comunicação entre os envolvidos na saúde (dentro e fora dela) visando a eliminação de barreiras de relacionamento e conhecimento. Dão destaque à importância da atuação conjunta entre gestão e atenção na saúde, focando na compreensão de que a saúde deve ser produzida conjuntamente para e com os sujeitos envolvidos no processo. Os princípios da PNH focam a construção de um pensamento em que cabe a todos os envolvidos a responsabilidade pelo resultado global, ou seja, deve-se proporcionar aos sujeitos recursos necessários para que cada um desenvolva seu papel da melhor forma possível, reconhecendo que sua atuação impacta de forma individual e coletiva nos resultados (BRASIL, 2016).

O método utilizado pela PNH é composto de ações que conduzem a um caminho que leva à inclusão dos diferentes sujeitos que fazem parte do processo que

envolve a saúde, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários, e por isto chamado de método tríplice de inclusão. Ocorre por meio de rodas de conversas, análises coletivas de conflitos e fomento das redes. Apesar deste método ser direcionado às políticas públicas, pode também ser aplicado nas organizações privadas de saúde (BRASIL, 2016).

Já as diretrizes da PNH, no caso deste estudo utilizadas como base para a construção do questionário de pesquisa, são as orientações gerais, especificamente as éticas, clínicas e políticas e abarcam alguns aspetos relevantes da saúde. São apresentadas através de alguns aspectos do trabalho, tais como: “acolhimento; clínica ampliada; ambiência; gestão participativa e cogestão; direitos dos usuários; valorização do trabalho e do trabalhador; fomento das grupalidades; coletivos e redes; e construção da memória do SUS que dá certo” (BRASIL, 2016). Para efeito de desenvolvimento desta pesquisa, as duas últimas diretrizes apresentadas não serão levadas em consideração, por se referirem a aspectos próprios do Sistema Único de Saúde e a intenção deste estudo seja abranger tanto os serviços públicos quanto os privados. Seguem-se descrições dos construtos utilizados na pesquisa.

2.3.1 Acolhimento

Acolhimento, na área de saúde, é uma postura ética; não se trata de um espaço ou local. É uma forma de desenvolver os processos de trabalho com postura receptiva, ouvindo e conduzindo de maneira adequada as demandas e necessidades dos usuários (BRASIL, 2012a). A cultura da Humanização trouxe à tona o pensamento de que a qualidade da atenção acompanhada pelo interesse responsável são aspectos necessários às relações de saúde desde o primeiro contato (RIOS, 2009). Aceitar, receber, ouvir, agasalhar, atender, enfim, diversas são as atitudes que caracterizam o

acolhimento. Trata-se de aproximar-se, estar perto de alguém ou algo, incluir (BRASIL, 2016).

As relações na saúde implicam em trabalhadores assumirem seu papel com responsabilidade em relação aos usuários durante todo o processo de atendimento, do início ao fim, ouvindo suas queixas, angústias e preocupações sem críticas, através de uma escuta ativa e qualificada, disponível para avaliar as demandas, gravidade e riscos e estabelecendo limites para garantir uma atenção integral, responsável, resolutiva e efetiva (BRASIL, 2012a; 2016). Cotta *et al.* (2013) defendem que o acolhimento pode ser considerado como um facilitador do acesso à saúde no que se refere à recepção dos usuários pelos profissionais. Essa facilitação é gerada a partir da postura receptiva dos trabalhadores da saúde no atendimento, ao receber e atender os usuários, levando-se em conta as diversas dimensões do humano, ou seja, biológica, psicológica, social, cultural, ambiental, dentre outras.

A PNH (BRASIL, 2016) propõe que o primeiro acolhimento seja realizado, nas organizações de saúde, juntamente com uma avaliação técnica da enfermidade do paciente, e a esta ação dá o nome de Acolhimento com Classificação de Risco. Essa avaliação pode gerar uma certa mudança na lógica do atendimento, permitindo que sejam priorizados os casos mais graves, em detrimento do critério ordem de chegada. Esta identificação contribui para que o acolhimento tenha recursos para melhor atender às necessidades de pacientes mais graves.

Falk *et al.* (2010) definem acolhimento como um recurso que de maneira prática contribui para promover a saúde dos envolvidos no processo, incluindo trabalhadores, pois colabora com a organização no gerenciamento das demandas de atendimento, agilizando a resposta aos serviços. Porém, verifica-se que usuários e profissionais

percebem de maneira diferente quais são os aspectos mais importantes do acolhimento.

Já Pascuci *et al.* (2017) refletem que, apesar da humanização ter agregado muito para a saúde, ainda há que se melhorar bastante este aspecto nos hospitais do Brasil, que em muitos casos, tem a humanização simplesmente como um discurso e não como uma prática.

2.3.2 Gestão participativa e cogestão

Por “Gestão Participativa” entende-se a inclusão de novos sujeitos nas análises dos resultados e nas tomadas de decisão, de modo a minimizar as diferenças e ampliar o diálogo. É uma busca pelo conhecimento compartilhado, apesar de e levando-se em consideração as diferenças entre os envolvidos (BRASIL, 2004).

O termo “Cogestão” é definido como a criação de mecanismos de horizontalização das relações entre os sujeitos envolvidos no processo, de modo que haja tanto a inclusão de novos sujeitos no processo quanto a extensão de novas tarefas, quando ocorrem pactos e aprendizado coletivo. Trata-se de uma escolha do gestor, de um posicionamento. A cogestão é um processo de inclusão dos atores do de modo a buscar soluções mais adequadas, assertivas, visando o equilíbrio entre as necessidades e demandas dos atores envolvidos, ou seja, usuários, gestores e trabalhadores. Além disto, garantir que usuários e familiares participem do dia a dia das unidades de saúde, opinando e colaborando para melhoria dos resultados (BRASIL, 2016).

Alguns arranjos apresentados pela PNH (BRASIL, 2016) que colaboram para implantação da gestão participativa na saúde são Gerência de Porta Aberta, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Contratos Internos de Gestão, dentre outros.

No âmbito das organizações de saúde, a humanização ocupa-se das questões fundamentais para delimitar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que o se considera bom e justo para a coletividade (RIOS, 2009), trabalhando a horizontalização da gestão das organizações e valorizando a comunicação lateral, dando o devido valor aos atores ao democratizar processos de decisão e estimular o trabalho em equipe com a corresponsabilização de todos, gestores, trabalhadores e usuários do setor (Santos Filho, 2007).

Nesse sentido, Pascuci *et al.* (2017) reforçam que a humanização vai ao encontro da “missão social” dos hospitais. Cada vez mais a preocupação em se trabalhar o tema nas organizações de saúde tem sido objeto de debates, tanto na medicina, quanto nas políticas públicas e na gestão hospitalar, apesar das crenças e dos interesses diversos, muitas vezes opostos. Desta forma, cabe aos gestores da saúde elaborar estratégias visando minimizar as diferenças, resistências e conflitos, incentivar o bom relacionamento entre os grupos sociais presentes nas organizações e administrar significados, que é o que colabora para o entendimento e comunicação dos pensamentos e sentimentos.

2.3.3 Ambiência

Da junção das palavras ambiente e vivência (BRASIL, 2018), a ambiência é uma das diretrizes da PNH, considerada como a “Diretriz Espacial” que se propõe à adequação dos espaços físicos, aqui considerados como espaços sociais, profissionais e de relações interpessoais em prol de tornar a convivência mais agradável e atender as necessidades dos diferentes sujeitos que o utilizam. Sintonizados com o método da tríplice inclusão (usuários, profissionais e gestores) espera-se que os espaços sejam saudáveis, acolhedores, confortáveis e respeitem a privacidade de quem deles necessita. Ou seja, contribuam para proporcionar uma

atenção mais acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2004; 2017; NICHOLL, 2001).

Isoladamente, a ambiência não altera os resultados da humanização na saúde. Porém, quando utilizada em conjunto com as demais diretrizes, pode ser considerada como um facilitador do processo de mudança e da construção de espaços mais adequados aos profissionais e usuários quando se propõe a criar ambientes que, por exemplo, possuam local para a guarda dos pertences dos usuários e para que os mesmos possam ter sua rede social próxima durante seu tratamento, dentre outros cuidados (BRASIL, 2017; 2012a). Outro aspecto importante da ambiência diz respeito à proteção da intimidade dos cidadãos (BRASIL, 2017). Dentro da diretriz “Ambiência”, o cuidado com a privacidade e individualidade dos sujeitos, usuários e trabalhadores, é garantido através do uso de divisórias ou cortinas, e um mobiliário que facilite a integração e privacidade ao mesmo tempo. Colabora também na biossegurança, que atua na prevenção de acidentes e redução das infecções hospitalares (BRASIL, 2017; 2012a; NICHOLL, 2001).

Apesar de sua subjetividade, o “conforto” de um ambiente pode ser percebido a partir de alguns aspectos observáveis, como os aspectos térmicos, acústicos, de iluminação, cores, formas, texturas e odores, que impactam nas pessoas que o utilizam em seu dia a dia ou esporadicamente (BRASIL, 2017).

2.3.4 Clínica ampliada

Como uma ferramenta que busca articular e incluir diversas áreas e enfoques, a clínica ampliada, como o próprio nome diz, amplia e compartilha os processos de saúde relacionando os serviços com a comunidade de forma conjunta, negociada e participativa (BRASIL, 2016; 2012a).

A diretriz clínica ampliada, segundo Brasil (2016), se propõe a cuidar do sujeito para além da doença, reconhecendo que há limitações de conhecimento diante da complexidade do ser humano; que o atendimento na saúde é coproduzido pelos sujeitos nele envolvidos, sejam trabalhadores ou usuários dos serviços. Apesar da existência de falhas, busca-se o equilíbrio através dos acertos nas práticas de saúde, investindo para que as equipes sejam formadas por profissionais de diversas áreas e competências, sendo cada sujeito consciente de seu papel e responsabilidade no processo, seja ele gestor, trabalhador, usuário ou rede social, porém, sem se perder da preocupação com os direitos dos usuários (BRASIL, 2016; CUNHA, 2005).

É uma ferramenta teórica e prática que visa trabalhar de forma que o enfoque seja no sujeito como um todo, e não somente na doença, dor e sofrimento. Para isto, a utilização de recursos visando a melhoria dos diagnósticos, indo além das questões orgânicas e buscando perceber as reações emocionais através da melhoria do diálogo e da escuta qualificada, tanto nas relações entre profissionais quanto entre usuários e profissionais, objetivando decisões que contribuam para a autonomia dos usuários e resolução das questões por eles apresentadas (BRASIL, 2016).

A clínica ampliada pretende oferecer aos sujeitos que demandam seus serviços: escuta ativa e qualificada para acolher as queixas e buscar soluções compartilhadas com pacientes e familiares; construção e estabelecimento de vínculos e afetos entre profissionais e entre profissionais e usuários, de maneira individual ou coletiva; redução do número de doenças causadas por tratamentos inadequados; busca pela construção de um pacto de uma proposta terapêutica entre profissionais e usuários, onde todos sejam responsáveis pelo tratamento, inclusive pacientes e familiares; redução pela dependência de medicamentos e auxílio na construção de novos projetos e hábitos, procurando compreender que muitas causas das doenças

podem ser emocionais; busca por parceiros coletivos com foco na saúde, e não na construção da saúde pelo medo da doença, como no caso da mudança ocorrida nas campanhas de combate à AIDS; maior equilíbrio de poder no relacionamento entre trabalhadores e da organização de saúde como um todo em relação ao usuário, que podem ser realizados através do “atendimento conjunto ou por Projetos Terapêuticos Singulares” (BRASIL, 2016; CUNHA, 2005).

Em casos de enfermidades mais complexas, ou quando se faça necessário, a clínica ampliada utiliza um recurso denominado pela PNH como “Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2016), um “conjunto de condutas terapêuticas articuladas” que pode ser direcionado tanto a uma pessoa quanto a várias (pacientes e familiares), e se trata de um encontro dos profissionais para discutir as opiniões de cada um em busca de soluções para uma demanda específica (BRASIL, 2016; OLIVEIRA, 2008)

2.3.5 Direitos dos usuários

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, lançada em 2012 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), apresenta um resumo com as Diretrizes estabelecidas para as relações que envolvem a saúde no Brasil. Nela, dos 11 artigos apresentados, um trata especificamente acerca da humanização na saúde, a saber:

> Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção; III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: a) a integridade física; b) a privacidade e ao conforto; c) a individualidade; d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; e) a

> confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; f) a segurança do procedimento; g) o bem-estar psíquico e emocional; IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada; V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida; VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas; VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente; IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; X - a escolha do local de morte; XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto; XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário; XIII - a opção de marcação de atendimento por telefone para pessoas com dificuldade de locomoção; XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros; XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas.
>
> (BRASIL, 2012b. P.13-16)

Esses direitos (além dos demais direitos, apresentados na Carta em referência) são garantidos por lei devem ser divulgados para conhecimento dos que dele são beneficiários, os usuários, e cumpridos em todas as etapas do processo, do início ao fim. Mecanismos para fazer com que a informação chegue ao usuário e, ao mesmo tempo, permita a este a possibilidade de reclamar seus direitos quando se sentir lesado de alguma forma são ações de comunicação necessárias (BRASIL, 2012b).

Usuário, entendido por Brasil (2016) como “aquele que usa”, possui uma abrangência maior do que os termos cliente e paciente, pois cliente é entendido como aquele que compra o produto ou serviço, inclusive de saúde, utilizando-se de seu poder de escolha e impactado por aspectos contratuais e de direitos; ao passo que paciente, é entendido simplesmente como aquele que recebe passivamente o tratamento necessário sem questionar. Deste modo, o termo “usuário” é utilizado para

designar todo aquele que utiliza os serviços, e neste caso de saúde, engloba tanto o cliente que usa, o familiar ou acompanhante, quanto aquele que trabalha ou gerencia a instituição.

2.3.6 Valorização do trabalho e do trabalhador

Atuando em conjunto com a diretriz gestão participativa e cogestão, que trata da participação dos trabalhadores nos processos referentes à gestão, a diretriz valorização do trabalho e do trabalhador, de acordo com Brasil (2012a), visa promover a saúde dos profissionais através de ações que promovam a integração dos mesmos ao ambiente da organização de saúde, ampliando a comunicação e abrindo espaço para debates coletivos onde os sujeitos possam se posicionar sobre seus sentimentos e suas necessidades dentro do contexto da sua atuação profissional, em busca de promover a saúde e prevenir o sofrimentos e doenças.

O papel da gestão conduz à construção e desconstrução de conceitos e valores, modos de agir e pensar, avaliando onde se está produzindo saúde ou não, para que seja possível proceder às intervenções necessárias, e o trabalhador tenha condições de “se apropriar” de suas responsabilidades dentro do trabalho a ele designado e participar dos espaços coletivos de gestão, colaborando na tomada de decisões através do exercício de análise, definição e qualificação dos processos (BRASIL, 2012a).

Por profissionais da saúde pode-se considerar todo aquele que trabalhe em uma organização de saúde, ou seja, médicos de todas as especialidades, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, gestores, áreas de apoio, atendimento, dentre outras. Essa consideração se dá pelo entendimento de que todos que trabalham são responsáveis pelos resultados alcançados, sejam eles positivos ou negativos. Ao

mesmo tempo, as ações desenvolvidas pela gestão das organizações também devem considerar a todos, levando-se em conta as diferenças existentes entre os diversos trabalhadores de uma organização de saúde. As oficinas de formação, treinamentos, educação continuada, reuniões de gestão, espaços coletivos de gestão, a ambientação dos espaços físicos a fim de atender às necessidades de usuários e trabalhadores, enfim, a PNH apresenta vários caminhos e recursos orientados para a valorização dos diversos sujeitos participantes das relações de saúde (BRASL, 2012).

2.4 A EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os estudos realizados por Donabedian (2005) entre as décadas de 1960 e meados de 2000, identificaram a presença de duas dimensões relacionadas à avaliação dos serviços de saúde, que são as questões relativas ao desempenho técnico e à relação pessoal com o paciente. Esta segunda dimensão tem como objetivo analisar o grau de sucesso dos profissionais que atuam na saúde, seja nos aspectos ético, social e do atendimento às expectativas dos clientes e usuários. Reforça ainda que a relação médico-paciente ocorre de modo complexo, pois é composta por aspectos comportamentais e técnicos próprios do segmento. Mesmo tendo sido elaborados há aproximadamente 50 anos, esses conceitos podem ser percebidos como parâmetros de análise da saúde ainda nos dias de hoje. Outra importante contribuição apresentada por Donabedian (2001) foi a identificação dos sete pilares da qualidade dos serviços de saúde que, em seu ponto de vista, são o que sustenta, reconhece e a partir do qual se julga a qualidade. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Apesar da relevância de todos os sete atributos apresentados, este estudo está focado

especificamente na eficácia dos serviços de saúde, que é assim definida por Donabedian (2001), em tradução livre:

> “Eficácia é a capacidade da ciência e da arte de serviços de saúde em conseguir melhorias na saúde e bem-estar. Significa a melhor atuação possível nas condições mais favoráveis segundo o estado do paciente e em circunstâncias inalteradas.”

Deste modo, partindo do ponto de vista de Donabedian (2001), a eficácia na saúde está diretamente associada ao alcance do bem-estar do indivíduo, considerando que seja feito o melhor possível em busca de se alcançar o resultado final, que é a melhoria da saúde do indivíduo.

Um dos propósitos da Política Nacional de Humanização (PNH) é produzir saúde com eficácia, ou seja, visando a obtenção dos resultados desejados e estabelecidos como metas, valorizando a sua execução e utilização com qualidade e produtividade (BRASIL, 2004). Apesar da PNH existir desde o início dos anos 2000, ainda há poucos instrumentos para análise e verificação dos resultados das ações de humanização por ela propostas (DESLANDES, 2004). De acordo com o Relatório de Gestão da Saúde de 2017 lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), grande é o desafio por parte da gestão na construção das políticas nacionais em função da dimensão territorial do Brasil. Além disso, as diferenças regionais são outro aspecto dificultador do controle. Alguns recursos têm sido desenvolvidos, e dentre eles a criação de instâncias gestoras estaduais e municipais, formadas por profissionais das áreas técnica e administrativa para dar suporte e melhorar a qualidade do trabalho das equipes nas temáticas descritas pelas diretrizes da PNH, apresentadas anteriormente neste estudo.

A partir de janeiro de 2015, em função da Política Nacional de Regulação de 2008, fica estabelecido que a Atenção à Saúde tenha o desempenho de seus serviços, da gestão de da satisfação dos usuários avaliados. Desta forma, o então Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) é adequado visando estruturar-se para avaliar as instituições de saúde como um todo no que se refere às dimensões de estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários com o atendimento recebido. Já a missão da Humanização dentro da política do SUS é contribuir para a obtenção de resultados nos serviços de saúde com mais eficácia e efetividade, preocupando-se com a adequação às expectativas e necessidades dos sujeitos participantes – usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2018).

A humanização como política, desde que foi criada, se propõe a alinhar as diretrizes e dispositivos estabelecidos na PNH com indicadores que possibilitem analisar processos e efeitos, ou seja, avaliar as repercussões das ações direcionadas aos usuários e profissionais. Para que se possa medir o desempenho, resultados e impacto das ações de humanização na saúde, diversos são os indicadores propostos por Brasil (2012a), que apresenta situações que podem ser tomadas como parâmetros contributivos no planejamento e monitoramento das ações implementadas. Um estudo realizado por Pascuci *et al.* (2017), por exemplo, identificou que os resultados obtidos a partir da implementação da humanização em um hospital infantil brasileiro foram, dentre outros, uma representativa redução na média dos dias de hospitalização das crianças, ocasionando redução de despesas e proporcionando a possibilidade de um número maior de pacientes poder ser atendido. Diante deste ponto de vista, pode-se inferir que, no caso apresentado, houve um aumento da eficácia dos serviços gerada pela implantação da humanização naquele hospital infantil.

Deste modo, partindo das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, e ao mesmo tempo, ampliando esta análise também para a rede privada de saúde, dada a aplicabilidade em ambos segmentos, público e privado, busca-se aqui

analisar o impacto da humanização na percepção da eficácia da humanização na saúde, sugerindo que, quanto mais humanizado for o serviço de saúde, maior será sua eficácia e melhores serão os resultados obtidos. Dessa forma, o Modelo de Pesquisa é apresentado na Figura 2. A eficácia dos serviços de saúde é a variável dependente, sendo impactada pela humanização representada pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): Acolhimento, Gestão Compartilhada e Cogestão, Clínica Ampliada, Ambiência, Direitos dos Usuários e Valorização do Trabalho e do Trabalhador. Tais características, quando aplicadas e percebidas por usuários e profissionais, impactam as estruturas, transformam os sujeitos nas relações sociais, e por consequência, contribuem para o aumento da eficácia da humanização nos serviços de saúde.

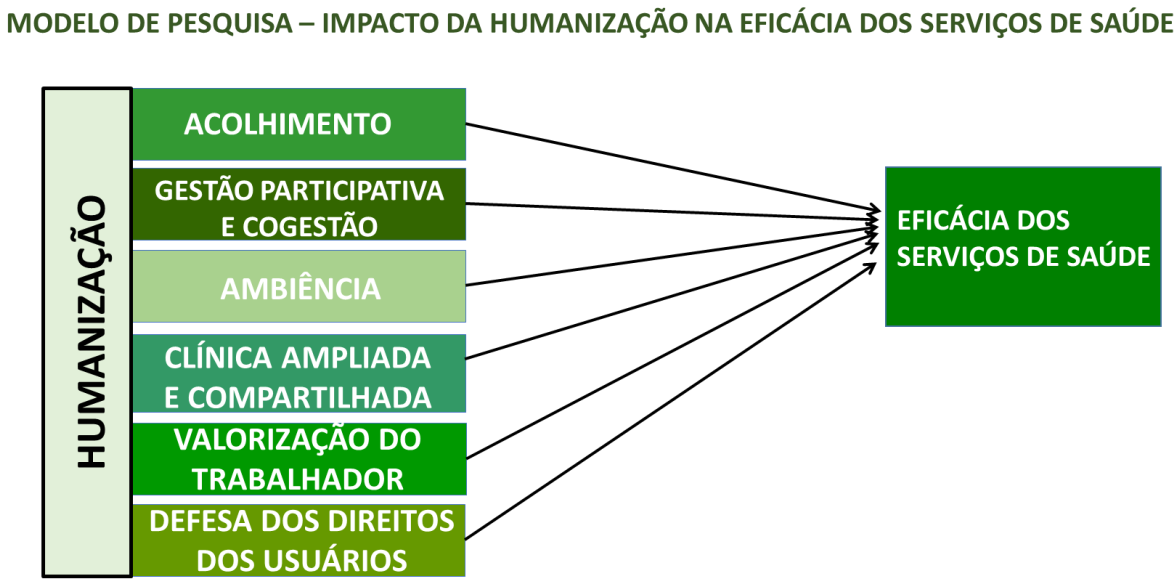

Figura 2: Modelo de pesquisa – Impacto da humanização na eficácia dos serviços de saúde
Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, a primeira hipótese da pesquisa é:

H1: A humanização impacta positivamente a eficácia dos serviços de saúde no Brasil.

2.5 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS SOBRE A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Em busca de um maior entendimento sobre como as ações de humanização são percebidas pelos atores nela envolvidos, algumas pesquisas (FALK *et al.*, 2010; BUFFOLI *et al.*, 2014; PASCUCI *et al.*, 2017; HERMIDA *et al.*, 2018;) se propõem a analisar os diferentes pontos de vista referentes ao tema.

Para o melhor entendimento desses pontos de vista, foi estabelecido para esta análise que os respondentes da pesquisa sejam distribuídos em dois grupos, o de profissionais que atuam na saúde e o de usuários que recebem os serviços. Por profissionais, considera-se todos os médicos, estudantes de medicina e residentes; fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, e todos que atuem no apoio à saúde; enfermeiros, técnicos, auxiliares e afins; atendentes, recepcionistas e todo pessoal da linha de frente do atendimento, seja ele pessoal ou por telefone; áreas administrativas de apoio da organização hospitalar; supervisores, gerentes, diretores, consultores e demais profissionais ligados a instituições de saúde. Já por usuários, aqueles que usam (BRASIL, 2016), ou seja, recebem e utilizam os serviços prestados na saúde são aqui considerados os pacientes, aqueles que recebem diretamente os serviços, e que estejam passando ou tenham passado por internação nos últimos 5 anos; os acompanhantes e familiares de pacientes que estejam passando ou tenham passado por internação nos últimos 5 anos, que tenham vindo a óbito ou não; e os demais usuários de serviços de saúde não inseridos nas classificações anteriores.

Partindo de um estudo sobre como o acolhimento é percebido, Falk *et al.* (2010) concluíram que a percepção de usuários é diferente da dos trabalhadores de saúde a respeito do tema acolhimento. Pacientes e acompanhantes avaliam, medindo o grau de importância, a atenção, agilidade e resolutividade como os aspectos mais relevantes do acolhimento (67% do todo) em relação aos outros itens pesquisados, que são encaminhamento, orientações, individualidade e escuta, pré-avaliação, medicação ou curativos e consultas, representando os demais 23% de relevância. De modo bastante diferente, os profissionais de saúde avaliam que os aspectos mais importantes no acolhimento são, por ordem de relevância, encaminhamentos para outros profissionais e individualidade e escuta (perfazendo mais de 54%), atenção e pré-avaliação (quando somados, equivalem a 36%) e resolutividade significando quase 10%.

Apesar de identificarem que a humanização em muitos hospitais brasileiros ainda se restringe a um mero discurso ou em apenas cadeiras previstas para acompanhantes que esperam em filas, Pascuci *et al.* (2017) acompanharam a implantação do programa de humanização em um hospital infantil no Brasil, e observaram que o processo de mudança se deu em três dimensões: individual, organizacional e social. A dimensão individual foi percebida nas mudanças cognitivas dos indivíduos, usuários e profissionais, e representadas pelas crenças, valores e atitudes. Ao compreender o significado e importância da mudança de comportamento, profissionais de saúde podem influenciar o comportamento de outros, rompendo paradigmas pessoais e organizacionais e através da mudança de cultura, serviços são realizados de modo mais integrado e a dimensão social é assim valorizada. A pesquisa de Pascuci *et al.* (2017) argumenta que apesar dos interesses internos conflitantes e percepções distintas acerca de humanização, emanados com a

proposta de mudança, o processo se deu através de intensas negociações e conversas, visando integrar, envolver e convencer os envolvidos para que a humanização se tornasse uma realidade no hospital.

Em um outro estudo que se propões a analisar temas diversos, Buffoli *et al.* (2014) desenvolveram uma ferramenta denominada LpCp (*Linstening to people to Cure people*) que observa diferentes percepções dentro de um mesmo ambiente físico, e alguns dos resultados obtidos através da aplicação da ferramenta são a identificação de problemas ligados a humanização nas instalações e a deficiência na comunicação dos serviços oferecidos aos usuários, concluindo que, por vezes, pequenas e menos custosas ações podem gerar impactos positivos nas experiências vividas pelos diversos usuários nos hospitais (e aqui inclui todos usuários, médicos, profissionais de todas as áreas, pacientes e acompanhantes), que, na análise de Buffoli *et al.* (2014), são percepções que se diferem umas das outras.

De modo semelhante aos estudos apresentados, esse estudo se propõe a identificar, como segundo objetivo, se há diferenças de percepção em relação à humanização entre profissionais e usuários da saúde. Então, tem-se uma segunda hipótese da pesquisa:

H2: O impacto da humanização para a eficácia dos serviços de saúde é percebido de maneira diferente pelos usuários e pelos profissionais dos serviços de saúde no Brasil.

Capítulo 3

3 METODOLOGIA

Visando atingir os objetivos de verificar a percepção de usuários e profissionais acerca dos fatores que compõem a humanização, o impacto desta na eficácia dos serviços de saúde no Brasil e as diferenças de percepções entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, optou-se por uma pesquisa tipo *survey,* a partir de um questionário estruturado. Com corte transversal e caráter exploratório, utiliza-se o método quantitativo para analisar os dados primários coletados (FONTELLES *et al.*, 2009).

Para a coleta de dados, utilizaram-se recursos de pesquisa *on-line*, com questionário desenvolvido no Google.docs, e *link* sendo enviado por *e-mail* e *WhatsApp* para pessoas de diversos perfis, iniciando-se com a rede de contatos da pesquisadora. A partir daí, pela técnica de bola de neve, foram-se ampliando os respondentes. A amostra foi, portanto, não probabilística e por acessibilidade.

O questionário elaborado (vide Anexo I) foi dividido em três sessões. As duas primeiras identificam o perfil do usuário e a terceira traz as questões relativas ao tema investigado. A primeira seção faz uma breve explicação sobre o tema da pesquisa ao entrevistado, e solicita seu endereço de e-mail. Na sequência, há 6 (seis) questões de caracterização do respondente: se profissional ou usuário dos serviços de saúde; gênero; tipo de serviço de saúde utilizado (se público, particular com plano, particular sem plano ou público e particular); faixa etária; grau de instrução; e renda familiar. A questão 7 (sete), destinada somente a profissionais da saúde, identifica o tempo de atuação na profissão. Já na segunda sessão, as questões 8, 9 e 10 são específicas para profissionais saúde, não obrigatórias, sobre especialidade, formação e função.

A terceira sessão é formada por 32 questões que investigam a percepção do respondente acerca da humanização na saúde. Em função da ausência de um instrumento específico que se propusesse a atender o objetivo deste estudo, optou-se pelo desenvolvimento do próprio questionário, tendo por base as 6 diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2012a) (acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada, direitos dos usuários e valorização do trabalhador) e suas respectivas conceituações, que são abordadas de forma aleatória no decorrer do questionário. A variável dependente da pesquisa foi a questão 4, ou seja, a percepção em relação à humanização como elemento que contribui para a eficácia dos serviços de saúde.

O questionário foi submetido a pré-teste entre os dias 14 e 26/12/2017 com 16 respondentes de perfis, grau de escolaridade e renda distintos (médicos, estudantes, profissionais de saúde, familiares, pacientes e outros), e observou-se que havia necessidade de ajustes. Procedidos os devidos ajustes sugeridos, o questionário foi reavaliado e aprovado pelos mesmos respondentes e disponibilizado ao público em 29/12/2017.

Para as análises estatísticas, partiu-se do modelo apresentado na Figura 2, o que está representado na equação (1) a seguir.

$$ESS = \beta o + \beta 1*ACO + \beta 2*GCG + \beta 3*CAM + \beta 4*AMB + \beta 5*DUS + \beta 6*VTB + \varepsilon \quad (1)$$

Onde:

ESS = Eficácia nos Serviços de Saúde

ACO = Acolhimento

GCG = Gestão e Cogestão

CAM = Clínica Ampliada

AMB = Ambiência

DUS = Direitos do Usuários

VTB = Valorização do Trabalhador

Ɛ = Erro

Dado que o questionário elaborado não foi aplicado em outra pesquisa anteriormente, realizou-se uma análise fatorial exploratória para identificar quais e quantas dimensões são significativas no conjunto de variáveis. Portanto, como será mostrado na análise de dados, a equação 1 sofreu ajustes.

Para os itens do questionário relativos às percepções dos respondentes foi utilizada escala tipo Likert de 5 pontos: 1 - Discordo plenamente; 2 - Discordo parcialmente. 3 - Indiferente; 4 - Concordo parcialmente; e 5 - Concordo plenamente. A coleta de dados foi realizada no período de 29/12/2017 a 07/03/2018. Na coleta dos dados, obteve-se 481 questionários respondidos, sendo 457 considerados válidos.

A população desta pesquisa é formada por dois grupos, um de usuários e outro de profissionais ligados à área de saúde. Por usuários considera-se toda e qualquer pessoa residente no Brasil que utilize quaisquer serviços de saúde, sejam eles públicos e/ou privados. Quanto aos profissionais, compreende-se todo aquele que exerça algum tipo de atividade profissional de cuidado à saúde e bem-estar de seres humanos, inclusive áreas de apoio, administrativas e de gestão, através de entidade pública ou privada em qualquer lugar do Brasil. Na amostra, estes perfis foram distribuídos em 6 (seis) categorias, a saber: médicos (inclusive estudantes de medicina e residentes), profissionais de saúde diversos (incluindo fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e similares, técnicos, cuidadores, dentistas, atendentes, administrativos, gestores e todo e qualquer profissional que atue ligado à saúde)

pacientes (que estejam passando ou tenham passado por algum procedimento de internação nos últimos 5 anos), familiares de pacientes que vieram a óbito (que passaram por internação nos últimos 5 anos) familiares de pacientes (que passaram por internação nos últimos 5 anos e que estejam vivos) e outros que não se encaixem nos grupos anteriores, mas que utilizem serviços de saúde. Dos questionários válidos, 171 são profissionais e 286 usuários dos serviços de saúde.

Para efeito de análise estatística, então, são considerados dois perfis: o de profissionais e o de usuários de serviços de saúde. Em relação à representatividade da amostra, e considerando o fato da pesquisa analisar a percepção destes dois perfis de público utilizando um formulário de 32 questões, estabeleceu-se a meta mínima de 160 respondentes por perfil, atendendo aos requisitos de validade, segundo Hair Jr. *et al.* (2009), que sugere que a amostra deve possuir entre 5 a 10 vezes a quantidade de questões por grupo amostral. Esse critério foi cumprido.

Capítulo 4

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na Tabela 1 estão consolidadas as características dos 457 respondentes da pesquisa, sendo essa amostra subdividida entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, 171 e 286 respondentes, respectivamente.

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

CARACTERÍSTICA		TOTAL		PROFISSIONAIS		USUÁRIOS	
GÊNERO	M	140	30.63%	51	29.82%	89	31.12%
	F	317	69.37%	120	70.18%	197	68.88%
IDADE	15-24 anos	33	7.22%	26	15.20%	7	2.45%
	25-34 anos	64	14.00%	24	14.04%	40	13.99%
	35-44 anos	145	31.73%	54	31.58%	91	31.82%
	45-54 anos	126	27.57%	42	24.56%	84	29.37%
	55-64 anos	75	16.41%	21	12.28%	54	18.88%
	Acima de 65 anos	14	3.06%	4	2.34%	10	3.50%
GRAU DE INSTRUÇÃO	Fund. incompleto	3	0.66%	0	0.00%	3	1.05%
	Fund. completo	8	1.75%	0	0.00%	8	2.80%
	EM incompleto	5	1.09%	0	0.00%	5	1.75%
	EM completo	33	7.22%	9	5.26%	24	8.39%
	Sup. Incompleto	55	12.04%	28	16.37%	27	9.44%
	Sup. Completo	109	23.85%	35	20.47%	74	25.87%
	Pós-graduação	244	53.39%	99	57.89%	145	50.70%
RENDA	Abaixo de 1 SM	6	1.31%	1	0.58%	5	1.75%
	De 1 a 3 SM	54	11.82%	16	9.36%	38	13.29%
	De 3 a 6 SM	92	20.13%	35	20.47%	57	19.93%
	De 6 a 10 SM	99	21.66%	39	22.81%	60	20.98%
	De 10 a 20 SM	129	28.23%	46	26.90%	83	29.02%
	Acima de 20 SM	77	16.85%	34	19.88%	43	15.03%
EXPERIÊNCIA COM O SERVIÇO	Público	68	14.88%	43	25.15%	25	8.74%
	Particular com plano de saúde	259	56.67%	64	37.43%	195	68.18%
	Particular sem plano de saúde	19	4.16%	13	7.60%	6	2.10%
	Público e particular	111	24.29%	51	29.82%	60	20.98%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

A amostra total foi composta por 37,4% de profissionais e 62,6% de usuários dos serviços de saúde. Houve predominância do sexo feminino, mas sem grande diferença percentual para os dois públicos. O maior grupo de respondentes

encontrava-se na faixa etária de 35 a 44 anos, e 75,71% da amostra estava compreendida entre 35 e 65 anos. Já em relação ao grau de instrução, 77,24% do total de respondentes possuía ensino superior completo ou mais. Destes, 53,39% possuíam pós-graduação.

Em relação à renda, mais de 45% da amostra declarou receber mais de 10 salários mínimos. Outra característica apurada refere-se à experiência vivida com serviços de saúde, predominando os serviços de saúde particulares com convênio ou plano de saúde. Estes são 56,67% do total de respondentes, sendo 37,43% dos profissionais e 68,18% dos usuários. Também é relevante o percentual de pessoas com experiência tanto em serviços de saúde pública quanto privada (20,98% entre os profissionais e 29,82% entre os usuários).

Apesar de não ter sido previsto no questionário uma pergunta sobre o local onde o respondente vive ou trabalha, foi possível identificar a procedência através dos e-mails coletados. Pode-se identificar as seguintes cidades: Vitória (ES), Vila Velha (ES), Viana (ES), Colatina (ES), Cachoeiro de Itapemirim (ES), Linhares (ES), São Mateus (ES), Itabuna (BA), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Belo Horizonte (MG), Curtibanos (SC), Curitiba (PR), Mossoró (RN), Brasília (DF).

Considerando os dados demográficos e socioeconômicos coletados, pode-se verificar que o sujeito típico dessa amostra, tanto em relação aos profissionais quanto aos usuários dos serviços de saúde, é do sexo feminino, na faixa de 40 anos, renda entre 10 e 20 salários mínimos, escolaridade alta e experiência com serviços de saúde particulares e planos de saúde.

4.2 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Dado o fato de o questionário elaborado não ter sido aplicado em outra pesquisa anteriormente, realizou-se uma análise fatorial exploratória para identificar quais e quantas dimensões são significativas no conjunto de variáveis. Utilizando o software STATA, as análises foram realizadas com o objetivo de verificar correlações significantes entre as variáveis, identificando os agrupamentos e as variâncias causadas por estes conjuntos de variáveis, se propondo a explicar ao máximo a variabilidade dos dados e contribuindo para a simplificação da análise dos mesmos ao fornecer índices que facilitem a mensuração das dimensões, conceitualmente semelhantes (ou não) (HAMILTON, 2006).

Antes da análise, porém, alguns testes foram realizados com o objetivo de, além de verificar a possibilidade de se realizar a análise fatorial exploratória, avaliar a existência de correlação entre as variáveis. O teste KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) obteve um resultado de 0,841 (superior a 0,8), o que indica um ótimo grau de correlação entre as variáveis. Já o teste de esfericidade de Bartlett, com um resultado de 0,000 (inferior a 0,05), sugeriu que há um bom grau de correlação entre algumas variáveis, possibilitando a execução da análise exploratória. Após a realização da análise, como pode ser observado na Tabela 2, verificou-se que os autovalores dos fatores 1 a 8 são superiores a 1 e explicam mais de 55% da variabilidade dos dados, como pode ser percebido na proporção cumulativa, o que valida a utilização do modelo com 8 construtos.

Já a Tabela 3 apresenta os dados obtidos após a utilização do comando rotação na análise fatorial exploratória, que fornece uma melhor solução de

interpretação, tendo eliminado algumas variáveis e identificado os 8 fatores a partir de um padrão de correlação estatística dos dados.

TABELA 2: ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

FATOR	AUTOVALORES	DIFERENÇA	PROPORÇÃO	PROPORÇÃO CUMULATIVA
FATOR 1	5.51345	0.83649	0.1723	0.1723
FATOR 2	4.67695	2.93163	0.1462	0.3184
FATOR 3	1.74533	0.38237	0.0545	0.3730
FATOR 4	1.36295	0.11155	0.0426	0.4156
FATOR 5	1.25140	0.05381	0.0391	0.4547
FATOR 6	1.19759	0.10442	0.0374	0.4921
FATOR 7	1.09317	0.07356	0.0342	0.5263
FATOR 8	1.01961	0.04883	0.0319	0.5581
FATOR 9	0.97078	0.04332	0.0303	0.5885
FATOR 10	0.92746	0.01984	0.0290	0.6175
FATOR 11	0.90762	0.06685	0.0284	0.6458
FATOR 12	0.84076	0.05528	0.0263	0.6721
FATOR 13	0.78549	0.00333	0.0245	0.6966
FATOR 14	0.78216	0.03630	0.0244	0.7211
FATOR 15	0.74586	0.04152	0.0233	0.7444
FATOR 16	0.70434	0.01999	0.0220	0.7664
FATOR 17	0.68435	0.03790	0.0214	0.7878
FATOR 18	0.64645	0.00665	0.0202	0.8080
FATOR 19	0.63980	0.04415	0.0200	0.8280
FATOR 20	0.59565	0.02407	0.0186	0.8466
FATOR 21	0.57157	0.02111	0.0179	0.8645
FATOR 22	0.55047	0.05467	0.0172	0.8817
FATOR 23	0.49579	0.01928	0.0155	0.8972
FATOR 24	0.47651	0.00597	0.9120	0.9120
FATOR 25	0.47054	0.01561	0.0147	0.9268
FATOR 26	0.45493	0.04360	0.0142	0.9410
FATOR 27	0.41133	0.00678	0.0129	0.9538
FATOR 28	0.40455	0.03228	0.0126	0.9665
FATOR 29	0.37228	0.03890	0.0116	0.9781
FATOR 30	0.33338	0.10102	0.0104	0.9885
FATOR 31	0.23236	0.09723	0.0073	0.9958
FATOR 32	0.13512	---	0.0042	1.0000

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.
Obs.:

- Método Principais componentes por fator / sem rotação
- Número de observações: 457 – Fatores identificados: 8

TABELA 3: ANÁLISE FATORIAL – VARIÂNCIA DOS PRINCIPAIS FATORES

FATOR	VARIÂNCIA COMUM	DIFERENÇA	PROPORÇÃO	CUMULATIVO
Fator 1	3.85797	0.76346	0.1206	0.1206
Fator 2	3.09451	0.27615	0.0967	0.2173
Fator 3	2.81837	0.18795	0.0881	0.3053
Fator 4	2.63041	1.02403	0.0822	0.3875
Fator 5	1.60638	0.28076	0.0502	0.4377
Fator 6	1.32562	0.00159	0.0414	0.4792
Fator 7	1.32404	0.12088	0.0414	0.5205
Fator 8	1.20315	--	0.0376	0.5581

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.
Obs.:

- Método Principais componentes por fator / Rotação ortogonal Varimax (Kaiser off)
- Número de observações: 457 – Fatores identificados: 8

Ao executar o comando PCF (*principal component factor*), identificou-se as variáveis com maior correlação ao primeiro fator em análise, justificando a variabilidade e as correlações entre as variáveis.

TABELA 4: ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA – PCF

VARIÁVEL	F1=DUS	F2=ACpro	F3=GCG	F4=CAM	F5=AMB	F6=ACrel	F7=VTatu	F8=VTpge	ERRO
ES									0,4503
V1						0,5768			0,4785
V2									0,5630
V3						0,6503			0,4189
V5				0,6952					0,4075
V6								0,6856	0,4194
V7									0,5427
V8							0,5395		0,5027
V9			0,7205						0,3955
V10			0,7762						0,3569
V11				0,8422					0,2377
V12				0,8397					0,2489
V13									0,5379
V14		0,6711							0,4616
V15		0,6733							0,4425
V16	0,5574								0,4793
V17									0,4839
V18		0,6472							0,5093
V19		0,6554							0,4902
V20		0,6822							0,4896
V21	0,5381								0,5218
V22	0,5464								0,5270
V23	0,6717								0,4735
V24									0,5341
V25	0,8324								0,2842
V26	0,8349								0,2655
V27							0,7067		0,4658
V28					0,7765				0,3383
V29			0,5122						0,4388
V30					0,6989				0,3977
V31			0,6033						0,4608
V32									0,5158

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

A “variância comum” dos fatores apresentada na Tabela 3 representa a parcela de variância que as variáveis compartilham entre si em seus resultados, de acordo com Dalmásio (2012), e a proporção representa o percentual de impacto de cada fator.

Destaca-se o resultado de 8 fatores obtido após a realização da análise fatorial exploratória, como pode ser observado nas Tabelas 3 e 4, resultantes do processo de rotação fatorial, que manipula ou ajusta os eixos dos fatores visando identificar soluções mais adequadas e significativas que possibilitem melhor a interpretação dos dados. Em relação à significância, um dos aspectos mais importantes na análise fatorial são as correlações entre as variáveis primárias e os fatores, sendo as comunalidades as quantidades dessas correlações de cada uma das variáveis e que são explicadas pelos fatores.

Na Tabela 4, observa-se que as comunalidades são superiores a 0,5, que é o critério mínimo sugerido para que a variável seja considerada significante. Já o erro ou especificidade deve ser inferior a 0,5. Desse modo, as variáveis V2, V7, V13, V17, V24 e V32 foram excluídas por serem superiores a esse valor. As referidas questões estão apresentadas no Anexo I, e possuem a mesma sequência numérica das questões apresentadas nas análises, ou seja, questões 2, 7, 13,17, 24 e 32. Exceção somente à variável V4, que se trata da variável dependente ESS do modelo de pesquisa.

4.3 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

O resultado da nova matriz-padrão apresentou relevância em 8 fatores. Para facilitar a compreensão dos fatores como construtos da humanização, tomou-se por base as 6 (seis) diretrizes da PNH apresentadas anteriormente: Acolhimento, Gestão e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada, Direitos dos Usuários e Valorização do

Trabalhador. Porém, em função dos resultados da análise fatorial exploratória, foram identificados 8 fatores, 4 dos quais coerentes com a PNH e outros 4 como desdobramentos dos demais 2 fatores da PNH. Assim, o construto Acolhimento foi subdividido em Acolhimento Profissional (Acpro) e Acolhimento Relacional (ACrel), enquanto o construto Valorização do Trabalhador foi subdividido em Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu) e Valorização da Inserção do Trabalhador (VTpge).

Em suma, após a análise fatorial exploratória, o modelo passa de 6 para 8 fatores independentes, assim renomeados: Direitos dos Usuários (DUS); Acolhimento Profissional (ACpro) – entendido aqui como atuação técnica dos profissionais em relação às práticas de saúde com acolhimento; Acolhimento Relacional (ACrel) – resultado do relacionamento entre profissionais e usuários derivado das práticas de saúde com acolhimento; Gestão e Cogestão (GCG) – atuação da administração dos serviços abrangendo a gestão e a cogestão; Clínica Ampliada (CAM) – impacto nos serviços para além da doença; em termos de filas e tempos de espera; Ambiência (AMB) – impacto das questões relativas ao ambiente e à vivência (BRASIL, 2018) e da integração das equipes nos serviços; Valorização da Atuação Técnica (VTatu) – valorização da atuação técnica dos profissionais de saúde; e Valorização da Inserção Trabalhador (VTpge) – inserção dos profissionais (ou não) nos processos de gestão. Cabe relembrar que a variável dependente é a Eficácia dos Serviços de Saúde (ESS).

Na Tabela 5 encontram-se os dados de média (M), desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV) das percepções dos respondentes da pesquisa em relação aos construtos.

TABELA 5: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS CONSTRUTOS

Variável	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Coeficiente de Variação (CV)
ESS	4.85	0,45	0,09
DUS	2,81	0,95	0,34
ACpro	4,75	0,39	0,08
ACrel	4,95	0,19	0,04
GCG	3,23	0,92	0,28
CAM	4,59	0,61	0,13
AMB	4,62	0,63	0,13
VTatu	4,15	0,79	0,19
VTpge	3,30	1,28	0,39

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora

A composição das variáveis dos 8 construtos decorrentes da análise fatorial exploratória, incluindo a média e desvio padrão, está descrita nos Quadros 2 a 9.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V16	Hospitais e clínicas são ambientes em que usuários se sentem confortavelmente acolhidos, onde os espaços permitem que sua privacidade seja respeitada.	2,62	1,29
V21	O atendimento à saúde possui equipes multiprofissionais que atuam com uma comunicação adequada com pacientes e acompanhantes, fornecendo informações, disponibilizando horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, dentre outros.	3,25	1,44
V22	Os direitos dos usuários são facilmente encontrados em materiais informativos disponibilizados nos locais de circulação dentro das organizações de saúde.	2,35	1,31
V23	Na minha percepção, os médicos se preocupam em prestar atendimento levando em consideração os direitos dos usuários, buscando minimizar o sofrimento dos pacientes e familiares e reduzindo os tempos de permanência dos mesmos nas unidades de saúde.	3,10	1,23
V25	Acompanhantes de pacientes estão satisfeitos com a humanização na saúde.	2,71	1,29
V26	Pacientes estão satisfeitos com a humanização na saúde.	2,81	1,31

Quadro 2: Variáveis do construto Direitos dos Usuários (DUS)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Com relação ao construto Direitos dos Usuários (M = 2,81; DP = 0,95; CV = 34%), observou-se na média um resultado de indiferença com tendência à discordância neste construto. Usuários e profissionais discordam parcialmente que pacientes e acompanhantes estejam satisfeitos com a humanização na saúde, que os direitos sejam facilmente identificados nas organizações e discordam parcialmente

também que os ambientes de saúde sejam locais que promovam acolhimento respeitando a privacidade das pessoas. Houve grande variação das respostas neste construto, as variáveis que o compõem foram respondidas de maneira bastante heterogênea.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V14	Estabelecer uma relação de interação com pacientes e familiares facilita a realização das práticas de saúde pelos profissionais.	4,79	0,50
V15	A escuta ativa aos pacientes e familiares possibilita aos profissionais de saúde identificar melhor os problemas, analisar a gravidade e o risco, e assim propor tratamentos mais eficientes e eficazes.	4,79	0,49
V18	Instituições de saúde devem estabelecer um compromisso com o indivíduo como um todo, e não focar somente na doença. Esta visão pode ajudar no resultado dos tratamentos, até mesmo diminuindo prazos de internação.	4,73	0,60
V19	Profissionais de saúde em geral devem levar em consideração, além de seu próprio conhecimento, a história do usuário e os saberes por eles apresentados.	4,67	0,63
V20	Cuidados paliativos tratam do sofrimento físico, emocional, social, familiar e espiritual, quando a medicina já não tem mais o que fazer em relação a doença. Médicos e profissionais de saúde devem estar preparados para ajudar as pessoas a dar sentido à vida no momento mais difícil do ser humano, acolhendo, ouvindo e contribuindo para diminuir seu sofrimento.	4,80	0,51

Quadro 3: Variáveis do construto Acolhimento Profissional (ACpro)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Como se pode observar em relação ao Acolhimento Profissional (M = 4,75; DP = 0,39; CV = 8%), usuários e profissionais tendem a concordar totalmente sobre a importância da interação para facilitar as práticas de atendimento. Concordam sobre a necessidade de médicos, profissionais e organizações de saúde estarem preparados para ajudar os usuários dentro de suas necessidades físicas, emocionais e sociais, considerando o momento de vida de cada um. Destaca-se uma “dispersão ‘média’ em torno da média” (LEVINE et al., 2012, p. 96) de 0,39 e uma dispersão dos dados que varia em relação à média aritmética (CV) de 8%, o que sugere poucas

oscilações nas percepções. Esse comportamento é evidenciado em todas as variáveis do construto mostradas no Quadro 3.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V9	As organizações de saúde têm desenvolvido ações visando o aumento da satisfação dos pacientes e acompanhantes de pacientes.	3,49	1,16
V10	A gestão nas organizações de saúde tem desenvolvido ações visando o aumento da satisfação dos profissionais que atuam na área.	3,09	1,13
V29	Os espaços dentro nas organizações de saúde levam em consideração as necessidades dos usuários e trabalhadores.	3,02	1,27
V31	Acredito que as organizações que atuam na saúde realizam em conjunto com os colaboradores avaliações de desempenho, não apenas avaliando produtividade, mas estabelecendo metas que atendam ao tríplice interesse (usuários, gestores e trabalhadores).	3,30	1,27

Quadro 4: Variáveis do construto Gestão e Cogestão (GCG)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Já os resultados da Gestão e Cogestão (M = 3,23; DP = 0,92; CV = 28%) sugerem que, apesar da média tender para a indiferença, há uma dispersão das opiniões, indicando que há respondentes que concordam e outros que discordam que este é um construto que faz parte da humanização. Isso fica visível em todas as variáveis mostradas no Quadro 4.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V5	Ações de humanização ajudam a diminuir a tensão natural que existe nas relações que envolvem saúde e doença, e por consequência, podem também reduzir as filas e o tempo de espera.	4,54	0,84
V11	Uma postura acolhedora e resolutiva por parte dos médicos pode proporcionar o aumento da satisfação do usuário na saúde e impactar positivamente no tratamento, podendo interferir na redução das filas e do tempo de espera	4,60	0,72
V12	Posturas e atitudes acolhedoras por parte dos profissionais de saúde - enfermeiros, técnicos, atendentes, dentre outros – podem contribuir para gerar reações positivas nos usuários e interferir positivamente nos resultados dos tratamentos, impactando na redução das filas e tempos de espera.	4,65	0,65

Quadro 5: Variáveis do construto Clínica Ampliada (CAM)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Em relação à Clínica Ampliada (M = 4,60; DP = 0,61; CV = 13%), é possível verificar que as variáveis obtiveram respostas pouco dispersas e tendendo à concordância total, demonstrando que os respondentes percebem que posturas e atitudes de acolhimento somadas a ações estratégicas por parte das organizações tendem a colaborar para a redução de filas e tempos de espera.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V28	A integração das equipes de profissionais contribui para o aumento da satisfação dos trabalhadores.	4,64	0,68
V30	A adequação dos ambientes e a criação de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores propiciam maior integração entre trabalhadores e usuários em diferentes momentos, aumentam a satisfação dos colaboradores e impactam positivamente na satisfação dos pacientes e familiares.	4,60	0,81

Quadro 6: Variáveis do construto Ambiência (AMB)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Já quanto à percepção de Ambiência, há tendência à total concordância (M = 4,62; DP = 0,63 CV = 13%) de que a integração entre as equipes contribui para a satisfação dos profissionais e, ainda, que ambientes saudáveis e acolhedores propiciam mais satisfação a todos, usuários e profissionais (vide Quadro 6).

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V1	A humanização é importante no relacionamento dos profissionais de saúde em geral com usuários dos serviços.	4,96	0,22
V3	Cordialidade e atenção facilitam o relacionamento entre profissionais de saúde e usuários.	4,95	0,28

Quadro 7: Variáveis do construto Acolhimento Relacional (ACrel)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

O Acolhimento Relacional indica que há praticamente total concordância em relação à percepção da importância do relacionamento entre usuários e profissionais para a humanização (M = 4,95; DP = 0,19 CV = 4%), tendo a cordialidade e a atenção como facilitadores destas relações (vide Quadro 7).

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V8	Quando a gestão das organizações de saúde é humanizada, percebo que os ambientes são mais democráticos e os profissionais atuam com autonomia e responsabilidade.	4,30	0,92
V27	Quando são usuários dos serviços de saúde, médicos e profissionais da área esperam receber atendimento humanizado e com empatia; diferente do modo como costumam atender pacientes e familiares.	3,99	1,11

Quadro 8: Variáveis do construto Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

O construto original da PNH Valorização do Trabalhador foi subdividido em VTatu, que aborda aspectos técnicos da atuação do profissional de saúde (M = 4,15; DP = 0,79; CV = 19%) e VTpge, que trata da inserção dos profissionais de saúde na gestão (M = 3,30; DP = 1,28; CV = 39%). Observa-se, no primeiro caso, Valorização Técnica do Trabalhador, há concordância de que a humanização contribui para a democratização dos ambientes, com profissionais mais autônomos e responsáveis. Há também concordância de que médicos e profissionais esperam atendimento humanizado quando usuários dos serviços de saúde (vide Quadro 8).

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
V6	Médicos e demais profissionais de saúde não são inseridos nos processos de gestão das organizações nem têm responsabilidade sobre os resultados gerados pelos processos.	3,30	1,27

Quadro 9: Variável do construto Valorização da Inserção do Trabalhador (VTpge)
Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa

Já em relação à Valorização da Inserção do Trabalhador, ou seja, sua atuação nos processos de gestão, observa-se uma grande dispersão de opiniões e uma média tendendo à indiferença. Ou seja, não há percepção da importância de seu papel sobre os resultados gerados nos serviços de saúde em aspectos administrativos (vide Quadro 9).

Por fim, os respondentes da pesquisa demonstram tendência à total concordância de que a humanização é um dos fatores que contribuem para a melhoria da eficácia dos resultados na saúde (ESS), com pouca dispersão nas respostas (M = 4,85; DP = 0,45; CV = 9%).

4.4 COMPARATIVO DAS MÉDIAS

Utilizando o software STATA, foram realizados testes de igualdade de médias para as amostras das duas populações, usuários e profissionais. Para isto, procedeu-se à análise individual dos 8 construtos representando variáveis independentes (DUS, ACpro, ACrel, GCG, AMB, CAM, VTatu e VTpge), assim como da variável dependente ESS. Os resultados estão apresentados na Tabela 6.

No teste de variância da variável dependente Eficácia dos Serviços de Saúde (ESS), o valor-p foi superior a 10%, o que significa que há evidências de que as variâncias sejam diferentes. Já no teste de média, nota-se que o valor-p dos três testes foi acima de 5%, indicando que não existe evidência de que as médias sejam diferentes, nem que a do grupo de profissionais seja maior e nem que a do grupo de profissionais seja menor, levando a concluir que entre usuários e profissionais a média de percepção da eficácia da humanização é a mesma.

No teste de variância, onde considerou-se o nível de significância de 95%, o valor-p dos construtos DUS, GCG, AMB e VTpge, com resultados superiores a 5%, demonstra que não existem evidências de que as variâncias destes sejam diferentes.

Por outro lado, com resultados de valor-p no teste de variância inferiores a 5%, observa-se que com 95% de significância, rejeita-se H0 e pode-se dizer que as variâncias dos construtos ACpro, ACrel, CAM e VTatu, são diferentes.

TABELA 6: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA E COMPARATIVO DAS MÉDIAS

Estatística descritiva da amostra					Valor-p teste de variância	Teste de Média H_0 :μprof = μprof			Comparação de Médias					
									Teste *t* para Igualdade de Médias					
						T 1: >	T 2: #	T 3: <	t	df	Dif. média	Dif. de erro	95% de intervalo de confiança	
Variável		M	DP	Erro médio									Baixo	Alto
DUS	USU	2,71	0,58	0,98	0,912	0,0027 ***	0,0054 ***	0,9973	-2,80	455	-0,25	0,09	2,60	2,83
	PROF	2,97	0,67	0,88									2,83	3,10
ACpro	USU	4,73	0,02	0,40	0,007 ***	0,0536 **	0,1072	0,9464	-1,61	379,6	-0,06	0,04	4,69	4,78
	PROF	4,79	0,03	0,37									4,74	4,85
GCG	USU	3,12	0,05	0,88	0,934	0,0010 ***	0,0021 ***	0,9990	-3,10	455	-0,27	0,88	3,02	3,23
	PROF	3,40	0,07	0,96									3,25	3,54
CAM	USU	4,61	0,04	0,63	0,000 ***	0,7152	0,5696	0,2848	0,57	373,7	0,03	0,59	4,53	4,68
	PROF	4,57	0,04	0,59									4,48	4,66
AMB	USU	4,54	0,41	0,70	0,186	0,0001 ***	0,0003 ***	0,9999	-3,65	455	-0,22	0,60	4,46	4,62
	PROF	4,76	0,33	0,44									4,69	4,83
ACrel	USU	4,95	0,01	0,18	0,000 ***	0,5272	0,9455	0,4728	0,07	316	0,00	0,02	4,93	4,97
	PROF	4,95	0,02	0,21									4,93	4,98
VTatu	USU	4,14	0,46	0,78	0,005 ***	0,4022	0,8044	0,5978	-0,25	343,8	-0,02	0,77	4,05	4,23
	PROF	4,16	0,62	0,82									4,04	4,28
VTpge	USU	3,18	0,71	1,20	0,479	0,0040 ***	0,0080 ***	0,9960	-2,66	455	-0,33	0,12	3,04	3,32
	PROF	3,51	0,10	1,37									3,30	3,71
ESS	USU	4,85	0,02	0,45	0,127	0,6501	0,6997	0,3499	0,38	455	0,02	0,04	4,80	4,90
	PROF	4,84	0,04	0,49									4,76	4,91

Fonte: Dados da Pesquisa. Elaborado pela autora.

Notas:

M – Média

DP – Desvio padrão

t – Teste T

Df – Graus de liberdade

T1: Teste 1 - ***H_0 :μprof > μprof***

T2: Teste 2 - ***H_0 :μprof # μprof***

T3: Teste 3 - ***H_0 :μprof < μprof***

Os valores de teste dos construtos ACpro, CAM, ACrel e VTatu foram claculados utilizando-se a informação *unequal* na análise do STATA.

Variáveis / Construtos: ACpro – Acolhimento Profissional; ACrel – Acolhimento relacional; AMB – Ambiência; CAM – Clínica Ampliada; DUS – Direitos dos Usuários; GCG – Gestão e Cogestão; VTatu – Valorização Técnica do Trabalhador; VTpge – Valorização da Inserção do Trabalhador; ESS – Eficácia dos Serviços de Saúde; USU – Usuários; PROF – Profissionais de saúde.

Já nos testes de média, note-se que o valor-p identificado nos construtos ACrel, CAM e VTatu foi superior a 5%, indicando que não há evidência de que as médias dos grupos de usuários e profissionais sejam diferentes, nem maiores nem menores, levando a concluir que, entre profissionais e usuários a média dos construtos Acolhimento Relacional (ACrel), Clínica Ampliada (CAM) e Valorização do Trabalho do profissional (VTatu) é a mesma. Destaque é dado ao construto ACpro, que, no teste de média, obteve como resultado no teste 1 o valor de 0,0536, indicando que com 5% de significância, há evidências de que a média dos profissionais seja menor do que a média dos usuários no Acolhimento profissional (ACpro), porém não há evidências de que as médias sejam diferentes a 5% de significância. Assim, para efeito de análise, a 5% de significância, será considerado que as médias são iguais.

Rejeita-se H0 nos construtos DUS, GCG, AMB e VTpge quando se testa se a média dos usuários e a média dos profissionais são diferentes ou se a média dos profissionais é maior que a dos usuários, indicando que, em média, os usuários possuem uma menor percepção de ações ligadas a gestão, gestão colaborativa ou estrutura organizacional do que profissionais da área de saúde.

4.5 REGRESSÃO LINEAR

A partir da análise fatorial, o modelo foi ajustado, sendo então representado na nova equação (2) a seguir.

$$ESS = \beta o + \beta 1*ACpro + \beta 2*ACrel + \beta 3*GCG + \beta 4*CAM + \beta 5*AMB + \beta 6*DUS + \beta 7*VTatu + \beta 8*VTpge + \varepsilon \quad (2)$$

Onde:

ESS = Eficácia nos Serviços de Saúde

ACpro = Acolhimento Profissional

ACrel = Acolhimento Relacional

GCG = Gestão e Cogestão

CAM = Clínica Ampliada

AMB = Ambiência

DUS = Direitos do Usuários

VTatu = Valorização Técnica do Trabalhador

VTpge = Valorização da Inserção do Trabalhador

Ɛ = Erro

O modelo proposto busca analisar o impacto das dimensões da humanização (estabelecidas pela PNH) na eficácia nos serviços de saúde na percepção de usuários e profissionais de saúde. Antes de executar a regressão linear, procedeu-se à realização de alguns testes visando identificar as variáveis significantes do modelo. O teste ANOVA de fator único foi realizado para verificar as diferenças das variâncias nos grupos e entre os grupos, conforme Tabela 7.

Percebe-se que há evidências de que a soma dos quadrados em todos os construtos do modelo é menor entre os grupos de usuários e profissionais do que dentro dos grupos, o que sugere uma grande variação nas respostas, principalmente

dentro dos construtos VTpge, DUS, GCG, e AMB que possuem as maiores diferenças, podendo também ser observado nos resultados da estatística F. Esses resultados reforçam as conclusões de Falk *et al.* (2010) sobre as diferenças de percepção entre usuários e profissionais acerca dos aspectos referentes à humanização na saúde.

TABELA 7: ANÁLISE DAS VARIÂNCIAS DOS CONSTRUTOS

Variável	SS (soma dos quadrados)		Df (graus de liberdade)		MS (média dos quadrados)		F	Prob. F	Chi2	Prob. Chi2
	Entre grupos	Nos grupos	Entre grupos	Nos grupos	Entre grupos	Nos grupos				
ACpro	0,38	68,53	1	455	0,38	0,15	2,51	0,1139	1,2369	0,266
ACrel	0,00	17,03	1	455	0,00	0,04	0,01	0,9434	5,1032	0,024*
CAM	0,12	171,93	1	455	0,12	0,38	0,31	0,5750	0,6629	0,416
VTatu	0,04	285,34	1	455	0,04	0,63	0,06	0,8020	0,5289	0,467
AMB	5,10	173,67	1	455	5,10	0,38	13,36	0,0003	42,6187	0,000*
DUS	7,00	406,93	1	455	7,00	0,89	7,82	0,0054	2,6319	0,105
VTpge	11,44	733,28	1	455	11,44	1,61	7,10	0,0080	3,4887	0,062
GCG	8,00	379,68	1	455	8,00	0,83	9,60	0,0021	1,6729	0,196
ESS	0,03	93,25	1	455	0,03	0,20	0,15	0,6997	4,6368	0,031*

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora
Teste de Bartlett para variâncias iguais – resultados em Chi2 e Prob>Chi2

Deste modo, pode-se inferir que há diferenças na percepção dos usuários e dos profissionais da saúde nos construtos AMB – Ambiência, GCG – Gestão e Cogestão, DUS – Direitos dos Usuários e VTpge – Valorização da inserção do Trabalhador. Os demais construtos não demonstraram diferenças significativas entre grupos, como identificado nos testes de média já realizados.

Para validar o modelo e confirmar a relevância das variáveis, procedeu-se a estimação através do método *stepwise*, que adiciona ou remove variáveis visando selecionar o subconjunto mais adequado à análise. O teste foi rodado com todas as variáveis, e excluiu as variáveis GCG, DUS, VTpge e AMB.

Deste modo, somente foram mantidas no modelo as variáveis explicativas com nível de significância de 1% e 5%: Acolhimento Profissional (ACpro); Acolhimento Relacional (ACrel); Clínica Ampliada (CAM); e Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu). Todas são positivamente relacionadas à eficácia dos serviços de saúde,

tendo o Acolhimento Relacional maior impacto na humanização (46%), conforme mostrado na Tabela 8.

TABELA 8: REGRESSÃO DOS FATORES DE HUMANIZAÇÃO

Variáveis	Coeficientes não padronizados		t	P>|t| Sig.	95,0% Interv. de Conf. para B		Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Padrão			Limite Inf.	Limite Sup.	Toler.	VIF
ACpro	0,13	0,05	2,41	0,017	0,023	0,232	0,83	1,21
ACrel	0,46	0,10	4,59	0,000	0,265	0,664	0,92	1,09
CAM	0,19	0,03	5,68	0,000	0,125	0,258	0,82	1,21
VTatu	0,07	0,02	2,74	0,006	0,020	0,120	0,87	1,15
(Const.)	0,77	0,50	1,54	0,124	-0,210	1,743	-	-

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesaquisa.
Obs.:

- Método de estimação: *Stepwise*
- Variável dependente: ESS (Eficácia dos Serviços de Saúde)
- Variáveis independentes: ACpro (Acolhimento Profissional), ACrel (Acolhimento Relacional), CAM (Clínica Ampliada), VTatu (Valorização Técnica do Trabalhador)

O teste VIF mostra que não há multicolinearidade entre as variáveis independentes, ou seja, as mesmas não estão infladas, dado que os índices de tolerância estão muito próximos de 1.

TABELA 9: MODELO DA REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Modelo	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão da estimativa	Alterações Estatísticas			
				F	df1	df2	Alterações Sig. F
4	0,22	**0,21**	0,20	31,61	4	452	0,000

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa
Obs.:

- Preditores: (Constantes), ACpro (Acolhimento Profissional), ACrel (Acolhimento Relacional), CAM (Clínica Ampliada), VTatu (Valorização Técnica do Trabalhador)
- Variável Dependente: ESS (Eficácia dos Serviços de Saúde)
- Método de estimação: *Stepwise*
- Teste de validez: ANOVA, com F Significativo acima de 10%

Ao realizar a regressão linear, observa-se que há indícios de que o modelo esteja ajustado, dado que o resultado encontrado no teste de distribuição F é de 31,61, como se pode verificar na Tabela 9. Além disto, rejeitamos a hipótese de que todos os coeficientes são estatisticamente iguais a zero a 1% de significância, ou seja, pelo menos um deles é diferente de zero. O R2 mostra que 22% da Eficácia dos Serviços

de Saúde pode ser explicada pelas variáveis do modelo; valor um pouco reduzido pelo R2 ajustado, que é de 21%, mas por ser superior a 10%, pode-se inferir que há significância. Esse percentual se deve em função da eficácia dos serviços de saúde ser impactada por diversos outros aspectos, que podem ser técnicos, estruturais, ligados a recursos ou referentes a questões de relacionamento (DONABEDIAN, 2005).

Assim, este estudo aceita a hipótese de que a Humanização é um dos fatores que impacta positivamente na Eficácia dos Serviços de Saúde (H1). E também, que há diferenças em alguns aspectos nas percepções de usuários e profissionais de saúde sobre o impacto da humanização na eficácia dos serviços, o que permite aceitar também H2, como sustentado em outros estudos (FALK *et al.*, 2010; BUFFOLI *et al.*, 2014; PASCUCI *et al.*, 2017)

4.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As relações estabelecidas nos serviços de saúde vêm passando por diversas transformações. Além dos contínuos avanços científicos e tecnológicos, há um direcionamento a comportamentos coerentes aos preceitos da autopoiese, teoria desenvolvida por Maturana (2002), que estuda o processo de criação e construção de relações baseadas em interações consensuais de conduta, tendo o amor como a emoção dominante, ampliando e estabilizando a convivência humana através do reconhecimento e aceitação de cada um. Estes conceitos vão ao encontro da definição de humanização apresentada por Benevides e Passos (2005), que compreende que os sujeitos sociais, quando engajados em boas práticas, são capazes de modificarem a si mesmos e transformar realidades coletivas.

Considerando a “especificidade intrínseca do segmento de saúde”, que o torna único em função desse foco no ser humano, (BOMFIN *et al.*, 2013), os estudos na área de humanização desenvolvidos no Brasil nos últimos anos conduziram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para atuar nas políticas e na gestão da saúde pública, e elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) para atender ao propósito de produzir saúde através de um SUS humanizado. Da PNH foram obtidos os construtos iniciais utilizados nesta pesquisa, que somados a um olhar autopoiético, sustentam a humanização como impactante na eficácia dos serviços de saúde sob o ponto de vista de usuários e profissionais da área. Os construtos inicialmente pesquisados foram: acolhimento, gestão e cogestão, clínica ampliada, ambiência, direitos dos usuários e valorização do trabalhador.

Para validar os construtos, dado não existir previamente uma escala validada com os mesmos, precedeu-se uma análise fatorial exploratória considerando as 32 questões do questionário elaborado para esta pesquisa a partir das definições contidas na PNH. Porém, em função dos resultados da análise fatorial exploratória, foram identificados 8 fatores, 4 dos quais coerentes com a PNH e outros 4 como desdobramentos dos demais 2 fatores da PNH, sendo descartadas 6 variáveis.

Os 8 fatores resultantes da análise fatorial, ou seja, construtos formadores da humanização nos serviços de saúde. Os construtos relativos ao Acolhimento estão coerentes com o conceito de Donabedian (2005), que identificou a presença de duas dimensões, uma relativa ao desempenho técnico e outra à relação pessoal com o paciente. Assim, o construto inicial de Acolhimento foi subdividido em Acolhimento Profissional (Acpro) e Acolhimento Relacional (ACrel). Enquanto isso, o construto de Valorização do Trabalhador foi subdividido em Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu) e Valorização da Inserção do Trabalhador (VTpge). Deste modo, os 8

construtos componentes da humanização passam a ser denominados: Acolhimento Profissional (ACpro); Acolhimento Relacional (ACrel); Gestão e Cogestão (GCG); Clínica Ampliada (CAM); Ambiência (AMB); Direitos do Usuários (DUS); Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu); e Valorização da Inserção Trabalhador (VTpge).

As evidências de percepções de impacto da humanização na Eficácia dos Serviços de Saúde (ESS) validam o ponto de vista de Donabedian (2001), de que a eficácia na saúde está diretamente associada ao alcance do bem-estar do indivíduo. Observa-se que os respondentes da pesquisa demonstram tendência à total concordância de que a humanização é um dos fatores que contribuem para a melhoria da eficácia dos resultados na saúde, com baixa variância entre os grupos, onde ambos possuem médias iguais.

Por consequência, há concordância também em relação aos achados de Maturana (2002) que, ao apresentar o pensamento de que a falta de amor ou sua negação pode ser consideradas uma das causas de problemas e doenças de saúde, conduz à reflexão sobre o impacto que a ausência de amor ou a negação do mesmo pode provocar nos ambientes hospitalares. Em termos da PNH (BRASIL, 2016), há a construção de um pensamento onde todos os envolvidos no processo são responsáveis pelo resultado global, de modo que cada um deve realizar seu trabalho da melhor maneira possível e reconhecer que sua atuação impacta de maneira individual e coletiva nos resultados. Isto pode ser confirmado pelos resultados obtidos no construto Clínica Ampliada (CAM), onde há concordância de que as atitudes e posturas dos profissionais podem impactar positivamente nos resultados dos tratamentos.

Apesar de estudos anteriores (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006; ANDRADE; ARTMANN, 2009; DESLANDES, 2004; D´INNOCENZO, 2006) abordarem a

necessidade da inclusão de diretrizes e projetos de humanização para funcionários e pacientes no meio hospitalar e também o aumento nos investimentos em humanização como aspecto gerador de diferencial estratégico para as organizações, os resultados obtidos na pesquisa em Gestão e Cogestão (GCG) demonstram que há uma grande dispersão entre as opiniões de usuários e profissionais, e que os profissionais percebem mais estas ações do que os usuários. Já no construto Direitos dos Usuários (DUS), há uma discordância parcial de que os direitos dos usuários estejam sendo respeitados ou satisfeitos. Pode-se inferir, neste caso, que apesar de ser compreendida como aspecto que gera diferencial estratégico às organizações, há uma discordância de que a humanização seja uma prática nas instituições de saúde, sendo mais percebida por profissionais do que por usuários.

Além disso, os resultados obtidos reforçam as conclusões de Falk *et al.* (2010), já que identificaram diferenças de percepção entre usuários e profissionais quando analisados os aspectos referentes à humanização na saúde, sendo que, neste estudo, as maiores diferenças são relativas a aspectos relacionados à gestão das organizações de saúde e à atuação dos profissionais em relação aos usuários, ou seja, nos construtos Ambiência, Gestão e Cogestão, Direitos dos Usuários e Valorização da Inserção do Trabalhador.

Com a realização da regressão linear múltipla, mostraram-se significantes os construtos: Acolhimento Profissional; Acolhimento Relacional; Clínica Ampliada; e Valorização Técnica do Trabalhador. Destaca-se o impacto do Acolhimento Relacional na Eficácia dos Serviços de Saúde, o que reforça a ideia de Arantes (2016) sobre a importância de os profissionais desenvolverem uma relação de “compaixão responsável” com os usuários. Isso vai, também, ao encontro dos conceitos da autopoiese de que nas relações, os sujeitos se transformam, as estruturas se

modificam para melhor se adequarem a si mesmos e ao meio, através de “interações consensuais de conduta” (MATURANA, 2002).

Assim sendo, com um índice de determinação de 22%, aceita-se a Hipótese 1 de que a Humanização é um dos fatores que impacta positivamente na Eficácia dos Serviços de Saúde dado que pode ser impactada por diversos outros fatores que podem ser técnicos, estruturais, ligados a recursos, dentre outros, o que é suportado por Donabedian (2005). Confirma-se também a Hipótese 2, como sustentado em outros estudos (FALK *et al.*, 2010; BUFFOLI *et al.*, 2014; PASCUCI *et al.*, 2017) de que há diferenças nas percepções de usuários e profissionais sobre o impacto da humanização na eficácia dos serviços de saúde.

Destaque-se que o interesse desse estudo, para fins de administração de empresas e, mais especificamente, administração hospitalar, se dá na medida em que uma maior eficácia nos serviços de saúde pode implicar redução de custos, aumento de disponibilidade de recursos (humanos, leitos, medicamentos etc.), além de proporcionar mais conforto físico e emocional aos pacientes (PASCUCI, 2017).

Capítulo 5

5 CONCLUSÃO

Diversos são os fatores que impactam a Eficácia dos Serviços de Saúde, que está diretamente associada ao alcance do bem-estar e recuperação da saúde do indivíduo. A humanização, objeto deste estudo, é um destes aspectos e vem ganhando relevância tanto na gestão dos serviços quanto na pesquisa científica.

Pode-se dizer que a humanização é uma prática que interfere nos resultados dos serviços de saúde em seus múltiplos aspectos e considera, como ponto central, os sujeitos sociais e sua capacidade de individual ou coletivamente promover transformações em si mesmos e em seus ambientes. Ao interagirem, os seres humanos alteram suas estruturas para se adequarem ao meio, e num processo de autopoiese, promovem interações consensuais de condutas, através da promoção de mudanças em si mesmos somada à aceitação e legitimação do outro nas relações. A humanização está inserida no contexto da Teoria da Autopoiese, que considera o ser humano como um ser emocional em sua essência. Essa é, ou deveria ser, a essência da humanização nos serviços de saúde, objeto deste estudo.

No Brasil, várias ações e estudos têm sido desenvolvidos com ênfase na humanização, e princípios que valorizam os direitos, necessidades e dignidade do trabalhador e do usuário têm sido pauta de diversos movimentos recentes, visando atingir resultados mais eficientes e eficazes. Uma dessas ações foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para atuar nas políticas e na gestão da saúde pública, e a Política Nacional de Humanização (PNH) para atender ao propósito de produzir saúde através de um SUS humanizado. Da PNH foram obtidos os construtos utilizados nesta pesquisa, que somados a um olhar autopoiético, caracterizam a

humanização e seu impacto na eficácia dos serviços de saúde sob o ponto de vista de usuários e profissionais de saúde. Esses construtos são as diretrizes da PNH acolhimento, gestão e cogestão, clínica ampliada, ambiência, direitos dos usuários e valorização do trabalhador, que foram validados após realização de análise fatorial exploratória, que identificou 8 ao invés de 6 fatores iniciais, e que foram assim estabelecidos: Acolhimento Profissional (ACpro), Acolhimento Relacional (Acrel), Gestão e Cogestão (GCG), Clínica Ampliada (CAM), Ambiência (AMB), Direitos dos Usuários (DUS), Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu), e Valorização da inserção do Trabalhador (VTpge). A variável dependente do estudo foi a Eficácia dos Serviços de Saúde (ESS).

Dado seu perfil essencialmente subjetivo e a grande ênfase qualitativa de estudos anteriores sobre o tema, buscou-se, através de métodos quantitativos de pesquisa (análise fatorial exploratória, estatística descritiva e regressão múltipla) evidências do impacto da humanização na eficácia dos serviços de saúde no Brasil e as possíveis variações na percepção dos usuários e profissionais dos serviços. Para isto, foi realizada uma *survey* de percepções, com amostra não probabilística por acessibilidade, que obteve 457 respostas válidas, 171 de profissionais e 286 de usuários dos serviços de saúde.

Cabe destacar a contribuição deste estudo que, ao partir de fatores da PNH, propõe por meio de tratamento quantitativo adequado, 8 construtos formadores da humanização, além de oferecer uma escala para avaliação de tais construtos formada por 26 variáveis.

Outro destaque se dá nos resultados do construto Clínica Ampliada (CAM) em que há concordância de que as atitudes e posturas dos profissionais podem impactar positivamente nos resultados dos tratamentos, o que valida o pensamento

autopoietico sobre o impacto negativo que a ausência de amor ou a negação do mesmo pode provocar nos ambientes hospitalares. Isto sugere a importância do papel da humanização nas relações dos profissionais em relação aos usuários apoiados pela gestão das organizações de saúde no direcionamento de ações que conduzam a atitudes humanizadas.

Já na regressão linear múltipla, as evidências indicam que o modelo esteja ajustado e que a pesquisa atenda aos objetivos propostos, sendo a humanização representativa de 22% da eficácia dos serviços de saúde. Foram significantes os construtos Acolhimento Profissional (ACpro), Acolhimento Relacional (ACrel), Clínica Ampliada (CAM) e Valorização Técnica do Trabalhador (VTatu), o que confirma a Hipótese 1 de que a humanização impacta nos serviços de saúde. Observa-se, também, que a percepção de profissionais é diferente da percepção dos usuários no que se refere à eficácia da humanização nos serviços de saúde, o que confirma a Hipótese 2.

O presente estudo possui limitações. Apesar de ter como base um instrumento relacionado a políticas públicas de saúde, os dados coletados são predominantemente relacionados ao serviço de saúde particular, tanto no que se refere a profissionais quanto aos usuários dos serviços. Outro aspecto a ser destacado é um possível viés na amostra com relação ao grau de instrução (mais de 75% com ensino superior completo ou mais), idade (mais de 78% acima de 35 anos, sendo quase 50% acima de 45 anos) e renda (45% com ganhos acima de 10 salários mínimos). Esse espectro não representa a população brasileira, portanto os resultados não podem ser generalizados. Essa amostra tende a representar uma fatia da população que utiliza ou trabalha na saúde privada com planos de saúde (mais de

56% dos respondentes). Há que destacar que, pelo fato de a coleta de dados ter sido realizada por meio eletrônico, alcançou público várias regiões do Brasil.

Este trabalho pretende contribuir, de forma teórica, para a ampliação do conhecimento sobre a humanização no contexto da prestação de serviços de saúde utilizando como pano de fundo a Teoria da Autopoiese e fornecendo um olhar diferenciado ao utilizar a metodologia quantitativa de pesquisa, dado o tema ser tratado na literatura até então de modo essencialmente qualitativo. Ao utilizar as diretrizes da PNH como base para a caracterização da humanização e a consequente percepção de eficácia da mesma nos serviços de saúde, este estudo proporciona, ainda, uma contribuição teórica ao campo da gestão da humanização na saúde, assim como envolve questões que englobam tanto os serviços de saúde pública quanto privada. Os construtos propostos e o instrumento de coleta de dados são contribuições a pesquisas futuras no campo da humanização de serviços, particularmente os serviços de saúde.

De forma prática, espera-se contribuir para o direcionamento das ações da gestão das organizações de saúde, tanto públicas como privadas, quanto às práticas de humanização, de forma a impactar a eficácia de seus serviços. Colabora, também, com a gestão das organizações fornecendo informações sobre as percepções de usuários e profissionais acerca do impacto da humanização na eficácia dos serviços de saúde, identificando os aspectos que são considerados mais relevantes para cada um dos públicos analisados.

Pesquisas futuras podem realizar novas aplicações do questionário buscando validar os construtos aqui propostos. Sugere-se aplicar para usuários e profissionais de serviço essencialmente público para identificar outros resultados. Pode-se, também, aplicar esta pesquisa para um público específico, que pode ser formado por

clientes e funcionários de uma mesma empresa, um ramo de saúde específico, ou uma determinada região territorial.

Por fim, percebe-se que, apesar das evidências das contribuições dadas pela humanização à saúde, há um longo caminho a percorrer pelos formuladores de políticas públicas relativas à saúde, pelos gestores de organizações voltadas aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, pelos profissionais da área e até mesmo pelos usuários. Discurso e técnicas, em evolução, precisam transformar-se em práticas de forma a contribuir para a eficácia das organizações e do bem-estar do ser humano em sua mais frágil condição, quando lida com problemas de saúde, muitas vezes no limiar entre vida e morte. Nesse sentido, todos os preceitos da Teoria da Autopoiese sustentam esse ponto de vista.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 105-114, 2009.

ARANTES, A. C. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARNETZ, B. B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 11, n. 4, p. 345-351, 1999.

AZEREDO, Y. N. **Saúde coletiva e filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização.** 2017. 138 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017.

BARACHO, V. S.: CALDEIRA, Á. B. R.; GUEDES, C. F.; FERREIRA, P. H. C.; GUEDES, H. M.; RIBEIRO, L. C. C. Visão dos clientes externos sobre a satisfação dos serviços de enfermagem hospitalar: abordagem interpessoal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 608-622, 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BOMFIN, D. F.; TRIVELLATO, L. P.; HASTENREITER, F. Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 7, n. 2, p. 116-133, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão Exercício 2017**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf.> Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH, Brasília, 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Imprensa Nacional, Diário Oficial da União, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Resolução n° 4**, DOU de 30/08/2017, Brasília, 2017a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=58&data=30/08/2017>. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil. **ANS divulga dados do setor referentes a dezembro/2017**. Rio de Janeiro. 2017b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4291-ans-divulga-dados-do-setor-referentes-a-dezembro-2017>. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012ª.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. **Série E. Legislação de Saúde**. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde In: **Cadernos HumanizaSUS**. Editora do Ministério da Saúde, v. 3, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização. A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. Humanization according to cancer patients with extended hospitalization periods. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 221-227, 2010.

BUFFOLI, M.; BELLINI, E.; BELLAGARDA, A.; CAPOLONGO, S.; NOIA, M. A.; NICKOLOVA, M. K. Listening to people to cure people: the LpCp - tool, an instrument to evaluate hospital humanization. **Annali di igiene medicina preventiva e di comunita**, v. 26, n. 5, p. 447-455, 2014.

CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 42-47, 2015.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A. A. O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V. E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.

CUNHA, G. T. A. **Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde**: um estudo em hospitais filantrópicos. 2011. 242 f. Tese (Doutorado em Administração e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 2011.

DAMÁSIO, B. F. Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

D´INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005

_____. Los siete pilares de la calidad. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 16, p. S96-S100, 2001.

FALK, M. L. R.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia de pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GOMES, J. L. V. **Na dor... há vida!** 4ª ed. Santa Maria de Jetibá. Gráfica e Editora Follador, 2007.

HAIR J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, Barry J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HAMILTON, L. C. **Statistics with STATA**. 9ª Thomson Books-Cole, 2006.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; MALFUSSI, L. B. H. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-7, 2018.

HOFFMAN, K. D.; INGRAM, T. N. Service provider job satisfaction and customer. **Journal of Services Marketing**, v. 6, n. 2, p. 68-78, 1992.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 2, p. 203-14, 2006.

LEVINE, D. M.; STEPHAN, D. F.; KREHBIEL, T. C.; BERENSON, M. L. **Estatística. Teoria e Aplicações. Usando o Microsoft Excel em Português.** 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

_____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2001.

MOGLIA JÚNIOR, J. B.; MOTTA, L. J.; LOPES, E. L. Mensuração da Satisfação do Cliente com o Serviço de Enfermagem e sua Relação com a Avaliação do Serviço Hospitalar. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 15, n. 2, p. 68-89, 2015.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

NICHOLL, A. R. J.; BOUERI FILHO, J. J. O ambiente que promove a inclusão: conceitos de acessibilidade e usabilidade. **Revista Assentamentos Humanos**, v. 3, n. 2, p. 49-60, 2001.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada**, São Paulo: Hucitec, v. 1, 2008.

PASCUCI, L. et al. Humanization in a Hospital: a Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions. **Journal of Health Management**, v. 19, n. 2, p. 224-243, 2017.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. Edições Loyola, 2004.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde:** prática e reflexão. São Paulo, Áurea Editora, 2009.

SANTOS FILHO, S. B. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014.

_____. **Avaliação e Humanização em Saúde:** aproximações metodológicas. 2ª ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010.

_____.; BARROS, M. E. B.; GOMES R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface,** v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

_____. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SOARES, L. S. B.; POLEJACK, L. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 30-37, 2016.

TAVARES, D. S. et al. Humanização e Educação Permanente: implicações no cotidiano de trabalho. **Disciplinarum Scientia**, v. 15, n. 2, p. 205-213, 2014.

TREVISAN, M. et al. O papel dos profissionais atendentes da área de saúde: a necessidade de políticas de humanização. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 2109-2128, 2013.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO

Pesquisa sobre Humanização na Saúde

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a eficácia da Humanização na saúde, e é parte da dissertação de Cláudia Pontes Ferreira para obtenção do título de Mestre em Administração pela FUCAPE Business School.
Agradeço sua participação.
Cláudia Pontes

Em todas as questões da pesquisa, favor considerar: Se você é MÉDICO, ESTUDANTE DE MEDICINA ou PROFISSIONAL DE SAÚDE, responda de acordo com sua atuação profissional.
Se você é USUÁRIO (ACOMPANHANTE DE PACIENTE ou PACIENTE) dos serviços de saúde, responda considerando sua percepção sobre os serviços recebidos.

1. Diga quem Você é (caso se identifique com mais de uma opção, solicito que responda de acordo com sua atuação profissional)

Médico ou estudante de medicina.
Profissional que atua na área de saúde.
Paciente que esteja passando ou passou por algum procedimento de internação nos últimos 5 anos.
Familiar ou acompanhante de paciente que tenha passado por internação nos últimos 5 anos, que veio a óbito.
Familiar ou acompanhante de paciente que esteja passando ou tenha passado por internação nos últimos 5 anos, que esteja vivo.
Não se encaixa nos anteriores, porém utiliza serviços de saúde.

2. Gênero:

Masculino
Feminino
Outras identidades de gênero

3. Quanto ao tipo de Serviços de Saúde que você utiliza (usuário) ou onde você atua (profissional):

Públicos
Particulares, com plano de saúde.
Particulares, sem plano de saúde
Públicos e particulares

4. Sua faixa etária:

15-18 anos
19-24 anos
25-34 anos
35-44 anos
45-54 anos
55-64 anos
Acima de 65 anos

5. Grau de Instrução:

Ensino fundamental incompleto
Ensino fundamental completo
Ensino médio incompleto
Ensino médio completo
Ensino superior incompleto
Ensino superior completo
Pós-graduação

6. Renda familiar:

Menos de 1 salário mínimo
De 1 a 3 salários mínimos
De 3 a 6 salários mínimos
De 6 a 10 salários mínimos
De 10 a 20 salários mínimos
Acima de 20 salários mínimos

7. Se médico ou profissional de saúde, qual é o tempo de atuação na profissão?

Ainda Estudante
Residente
1-4 anos
5-9 anos
10-19 anos
Acima de 20 anos

8. Se médico, responda qual especialidade:

9. Se profissional de saúde, responda qual sua formação

10. Se profissional de saúde, responda qual sua função:

Sobre a PNH - Política Nacional de Humanização

A humanização na saúde trata da atenção integral, se propondo a enxergar o indivíduo como um todo; considerando, além da doença, as questões pessoais de cada um de maneira ética e responsável. Trata-se de uma proposta de “acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito” (Pessini e Bertachini, 2004, p.4) e buscar reconhecer cada um como legítimo cidadão de

direitos, valorizando as diferentes pessoas envolvidas no processo de produção da saúde. Algumas das diretrizes da PNH que expressam a HUMANIZAÇÂO estão sendo avaliadas neste estudo, que são: Co-gestão; Acolhimento; Ambiência e Clínica Ampliada; Direitos dos Usuários; e Valorização do trabalho e do trabalhador.

Lembre-se de responder as questões a seguir como PROFISSIONAL ou como USUÁRIO, ou seja, conforme você tenha se identificado anteriormente.

1. A humanização é importante para o relacionamento entre profissionais de saúde em geral com usuários dos serviços.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

2. Na minha visão, médicos e enfermeiros praticam o atendimento humanizado nas relações que estabelecem com os usuários dos serviços.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

3. Cordialidade e atenção facilitam o relacionamento entre profissionais de saúde e usuários.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

4. A Humanização é um dos fatores que contribuem para a melhoria da eficácia dos resultados na saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

5. Ações de humanização ajudam a diminuir a tensão natural que existe nas relações que envolvem saúde e doença, e por consequência, podem também reduzir as filas e o tempo de espera.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

6. Médicos e demais profissionais de saúde não fazem parte dos processos de gestão nem têm responsabilidade sobre os resultados gerados pelos processos. Cada um é responsável somente pela sua função numa instituição de saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

7. Na minha experiência, percebo que a comunicação nas instituições de saúde é aberta e todos os profissionais participam dos processos de gestão.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

8. Na minha opinião, quando a gestão das organizações de saúde é humanizada, os ambientes são mais democráticos e os profissionais atuam com autonomia e responsabilidade.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

9. As organizações de saúde têm desenvolvido ações visando o aumento da satisfação dos pacientes e acompanhantes de pacientes.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

10. A gestão nas organizações de saúde tem desenvolvido ações visando o aumento da satisfação dos profissionais que atuam na área.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente

Discordo totalmente

11. Uma postura acolhedora e resolutiva por parte dos médicos pode proporcionar o aumento da satisfação do usuário na saúde e impactar positivamente no tratamento, podendo interferir na redução das filas e do tempo de espera.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

12. Posturas e atitudes acolhedoras por parte dos profissionais de saúde - enfermeiros, técnicos, atendentes, dentre outros – podem contribuir para gerar reações positivas nos usuários e interferir positivamente nos resultados dos tratamentos, impactando na redução das filas e tempos de espera.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

13. Quando em contato com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos), os pacientes e acompanhantes devem falar o estritamente necessário para não atrapalhar a execução dos procedimentos.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

14. Estabelecer uma relação de interação com pacientes e familiares facilita a realização das práticas de saúde pelos profissionais.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

15. A escuta ativa aos pacientes e familiares possibilita aos profissionais de saúde identificar melhor os problemas, analisar a gravidade e o risco, e assim propor tratamentos mais eficientes e eficazes. Consequentemente, filas e tempos de espera são reduzidos.

Concordo totalmente
Concordo parcialmente

Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

16. Hospitais e clínicas são ambientes em que usuários se sentem confortavelmente acolhidos, onde os espaços permitem que sua privacidade seja respeitada.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

17. A integração entre as equipes de profissionais de atendimento à saúde com os usuários (pacientes e acompanhantes) tem impacto positivo no resultado do tratamento.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

18. Instituições de saúde devem estabelecer um compromisso com o indivíduo como um todo, e não focar somente na doença. Esta visão pode ajudar no resultado dos tratamentos, até mesmo diminuindo prazos de internação.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

19. Profissionais de saúde em geral devem levar em consideração, além de seu próprio conhecimento, a história do usuário e os saberes por eles apresentados.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

20. Identifico a presença da clínica ampliada nas organizações com o objetivo de produzir saúde e não somente curar doenças, ampliando o grau de autonomia dos sujeitos, trabalhadores e usuários.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente

Discordo totalmente

21. O atendimento à saúde possui equipes multiprofissionais que atuam com uma comunicação adequada com pacientes e acompanhantes, fornecendo informações, disponibilizando horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, dentre outros.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

22. Os direitos dos usuários são facilmente encontrados em materiais informativos disponibilizados nos locais de circulação dentro das organizações de saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

23. Na minha percepção, os médicos se preocupam em prestar atendimento levando-se em consideração os direitos dos usuários de saúde, buscando minimizar o sofrimento dos pacientes e familiares e reduzindo os tempos de permanência dos mesmos nas unidades de saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

24. O acompanhamento da rede familiar e social contribui positivamente para o tratamento dos pacientes, ou, pelo menos, minimiza a dor em casos mais graves.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

25. Acompanhantes de pacientes estão satisfeitos com a humanização na saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

26. Pacientes estão satisfeitos com a humanização na saúde.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

27. Nas organizações de saúde que frequento percebo que a participação dos profissionais na gestão conduz a um sentimento de corresponsabilização (onde cada um se responsabiliza pelos resultados gerais, procurando realizar seu trabalho da melhor maneira possível) ao mesmo tempo que aumenta a satisfação do mesmo com os resultados obtidos.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

28. A integração das equipes de profissionais contribui para o aumento da satisfação dos trabalhadores

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

29. Os espaços dentro nas organizações de saúde levam em consideração as necessidades dos usuários e trabalhadores.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

30. A adequação dos ambientes e a criação de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores propiciam maior integração entre trabalhadores e usuários em diferentes momentos, aumentam a satisfação dos colaboradores e impactam positivamente na satisfação dos pacientes e familiares.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

31. Acredito que as organizações que atuam na saúde realizam em conjunto com os colaboradores avaliações de desempenho, não apenas avaliando produtividade, mas estabelecendo metas que atendam ao tríplice interesse (usuários, gestores e trabalhadores)

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

32. Na minha percepção, os trabalhadores da área de saúde compreendem a importância de seu trabalho para a construção de relações humanizadas e da melhoria dos serviços prestados ao usuário.

Concordo plenamente
Concordo parcialmente
Indiferente.
Discordo parcialmente
Discordo totalmente