



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

RICHEL BRUNO OLIVEIRA CASTELO BRANCO

AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

FORTALEZA-CEARÁ

2018

RICHEL BRUNO OLIVEIRA CASTELO BRANCO

AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Orientador: Profº. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

FORTALEZA-CEARÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Branco, Richel Bruno Oliveira Castelo.
Ambiência na humanização de emergência hospitalar
[recurso eletrônico] / Richel Bruno Oliveira Castelo
Branco. - 2018 .

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 98 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação
em Saúde e Humanidades..

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio..

1. Ambiência. 2. Emergência. 3. Humanização da
assistência. I. Título.

RICHEL BRUNO OLIVEIRA CASTELO BRANCO

AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Aprovado em: 6 de abril de 2018

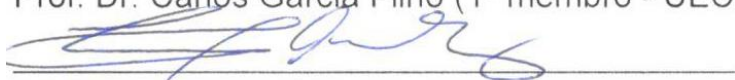
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio (Presidente/Orientador - UECE)



Prof. Dr. Carlos Garcia Filho (1º membro - UECE)



Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz (2º membro - UECE)

Ao Nosso Criador, por atender sempre aos meus
rogos, mesmo silenciosos.

Aos meus pais, por terem me dado a vida, valores e
princípios.

A minha amada namorada, toda a gratidão e o
reconhecimento, pela doçura
e cuidados a mim dispensados.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC da Universidade Estadual do Ceará-UECE por fornecer um excelente campo de conhecimento científico, de forma disciplinar, adotando suas metodologias de aulas, visando criar acessos e mecanismos facilitadores para capacitar melhor seus alunos, contribuindo assim, para meus conhecimentos na minha carreira profissional.

Ao orientador Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, que nesta minha jornada de conhecimentos compartilhou de sua ciência, ideias e reflexões, possibilitando o aperfeiçoamento teórico e prático sobre Ambiência na Humanização de Emergência Hospitalar, que muito me beneficiou para o meu aprendizado. A ele todo meu reconhecimento e gratidão por sua paciência, rigor e generosidade.

Ao corpo docente do PPSAC, que contribuíram com aportes intelectuais, esclarecendo minhas dúvidas, referentes às disciplinas que muito tive proveito.

Aos professores membros da banca, Prof. Dr. Carlos Garcia Filho, Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz, Profa. Dra. Layza Castelo Branco Mendes, pelas contribuições neste trabalho.

Aos trabalhadores do Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, especialmente aos sujeitos que participaram de minha pesquisa, por toda disponibilidade e por proporcionarem a maior experiência já vivenciada por mim. Vocês me forneceram muito mais que diagnósticos e rótulos: ensinaram-me a ver a vida de outra forma, de modo mais sensível e atento.

"Acredito que as coisas podem ser feitas de outra
maneira e que vale a pena tentar."

(Zaha Hadid)

RESUMO

O ambiente hospitalar é composto por vários setores, incluindo o de emergência, que se apresenta, na maioria das vezes, como o de maior contato entre o usuário e a instituição. Isso implica dizer que a emergência toca na subjetividade em maior vulnerabilidade e do sofrimento agudo do ser humano e por isso se faz necessário tornar o serviço e seu ambiente mais sensível, acolhedor e competente. É necessário, portanto, uma maior atenção com o ambiente da emergência, a fim de ampliar seu conceito para ambiência, conforme o previsto na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. Esta dissertação objetiva mostrar a estrutura física da emergência de um hospital de médio porte da cidade de Fortaleza-Ce. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada nos princípios da teoria fundamentada nos dados. Foi realizada uma observação de campo, seguida de entrevistas com 26 profissionais. Como pontos negativos os trabalhadores percebem o espaço edificado como deficiente no que diz respeito a ergonomia, dimensionamento do espaço, maquinário, conforto visual e circulação do ar. As relações interpessoais com o usuário e os trabalhadores são percebidas como boas. Ocorrem conflitos dentro da equipe que interferem na assistência prestada, mas são problemas devidos à organização do hospital, percebida como causa de mal-estar dos usuários. Como pontos positivos revelados os participantes demonstram amor pela profissão e têm consciência da importância do bom relacionamento da equipe e da contribuição de cada um para melhor desempenho das funções. Sentem, porém, falta de participação nas decisões da organização. O trabalho desvela uma dimensão político-gerencial na maneira como os participantes vivenciam seu ambiente de trabalho. Muitos têm compreensão das falhas no nível do gerenciamento, por isso têm também anseios, críticas e sugestões para oferecer ao gestor da organização. Os trabalhadores percebem vários modos de amenizar problemas práticos e manejar dificuldades criadas pelas deficiências da estrutura e da administração, mas se sentem afastados do núcleo de decisões, daí experimentarem graus diferentes de desencanto, frustração e impotência.

Palavras-chave: Ambiência. Emergência. Humanização da assistência.

ABSTRACT

The nosocomial environment is made of several sections, including the emergency one, that is considered, in general, the one of a big contact between the users and the institution. That fact implicates to say the emergency section is in contact to the huge human suffering and because of that it's necessary to turn that service and environment more sensible, cozy and competent. It's necessary, though, to give more attention to the emergency environment, in order to enlarge it's concept to habitat, according to foreseen in the National Politic Humanization in Attention of Health Management. This work wants to show the structure of a hospital of medium size in Fortaleza Ceará. That's a qualitative search, based in the fundamental theory of dates. It was made an outlook and interviews with 26 workers. The workers realized the damaged place and ergonomics, the space mesuring, machines, visual confort and the air circulation. The interpersonal relations with the users e the workers were seen as positive. Some conflicts happen with the team and reflect in the assistance given, but it's because of problems in the hospital organization, they are seen as the cause of ill at ease of the users. The positive aspects are the workers' love for their profession e the consiousness about the importance of a good relationship of the team and the contribution to a good accomplishment of functions. They miss the participation on deciosions about the organization. This work shows a dimention political management in the way the workers work in their workplace. Many of them understand the fails in the management level, because of that they citicise and suggest to the manager. The workers realize several ways to reduce problems caused by the deficiencie of the structure and the management, and they feel frustated and powerless.

Keywords: Environment. Emergency. Assistance Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGNAU	Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências
CRM	Central de Regulação Médica
GQT	Gestão da Qualidade Total
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão a Saúde
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Assistência Municipal de Urgências
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Salão da emergência.....	60
Figura 2 –	Salão da emergência.....	61
Figura 3 –	Equipamentos e maquinários.....	61
Figura 4 –	Banheiros masculino e feminino dos usuários.....	62
Figura 5 -	Consultório de enfermagem e medicina.....	63
Figura 6 -	Sala de acolhimento.....	63
Figura 7 –	Quarto de isolamento do salão de emergência.....	64
Figura 8 –	Imagem geral do salão de emergência.....	65
Figura 9 –	Imagem geral da sala de pequenas cirurgias.....	65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	UMA APROXIMAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS.....	14
3	REVISÃO DA LITERATURA.	24
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE-PNH.....	24
3.2	AMBIÊNCIA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR.....	26
3.3	HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR.....	30
4	OBJETIVOS	37
4.1	GERAL	37
4.2	ESPECÍFICOS.....	37
5	TRATAMENTO METODOLÓGICO	38
5.1	DESENHO GERAL DA PESQUISA.....	38
5.2	O CENÁRIO.....	39
5.3	O CASO.....	42
6	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	43
6.1	LEVANTAMENTO DA LITERATURA.....	43
6.2	LEVANTAMENTO DOCUMENTAL	43
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
6.3.1	Critérios de inclusão	44
6.3.2	Critérios de exclusão	45
7	CONTEXTO DA PESQUISA.....	46
8	INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	47
8.1	ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	47
8.2	PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO.....	48
9	INSTRUMENTO DE INTERPRETAÇÃO.....	49
10	DIMENSÃO ÉTICA.....	51
11	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
11.1	HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	52
11.2	ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA.....	54
11.3	AMBIENTE FÍSICO.....	59
11.4	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	69

11.5	RITMO DE TRABALHO.....	69
11.6	RELACIONAMENTOS HUMANOS.....	72
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES	93
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	94
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	95
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa deriva das experiências acumuladas pelo pesquisador como profissional da área da saúde, sendo bolsista e trabalhador em dois grandes hospitais, um público universitário, outro privado associado a uma cooperativa médica. Sua formação em gestão hospitalar tornou perceptível a existência, na profissão, de manifesta preocupação em oferecer ambiente de cuidado e hospitalidade cada vez melhor aos usuários, enfatizando a competência especializada, o bem-estar e o respeito à dignidade humana.

A literatura sobre a temática e as políticas públicas de assistência e gestão, atualmente praticadas, aborda a relevância da humanização como um novo modelo de cuidado e de gestão na saúde, destaque para as práticas hospitalares. Um marco é o lançamento da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH (BRASIL, 2004) que amplia o conceito de ambiente para ambiência, por entender que não existe ambiente físico isolado das práticas desenvolvidas e das culturas relacionais envolvidas no cuidado.

Observa-se que houve um progresso da tecnologia dura ou maquina, referente a, equipamentos, materiais médico-hospitalares, sistemas informatizados, prescrição e prontuário eletrônicos, digitalização de imagens. O avanço desta tecnologia proporcionou resultados muito positivos para os profissionais de saúde e para os usuários, também gerou impacto na cultura das organizações de saúde, nos costumes, nas tradições e, portanto, na maneira específica de se trabalhar.

Devido à não criação anterior de políticas que implantassem a humanização no ambiente hospitalar, durante este período de ascensão tecnológica, o atendimento, de maneira acolhedora e humanizada ficou distante da necessidade da pessoa enferma, ou seja, a assistência médico-hospitalar foi se tornando impessoal, pelo pouco investimento nas tecnologias leves. Este comportamento, além de impactar na assistência prestada ao usuário, afetou outros elementos dentro da instituição, comprometendo alguns dos seus processos, de maneira muito característica (GODOI, 2004).

2 UMA APROXIMAÇÃO SOBRE A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS.

Nesse contexto, as organizações de saúde buscam inovar na oferta de seus serviços, impondo-se a criação de outros que agreguem às organizações benefícios e diferenciais, pois o usuário - como pessoa, cliente e cidadão - torna-se mais e mais exigente.

Para uma melhor compreensão de toda essa mudança, faz-se necessário entender primeiro o hospital em seus conceitos e práticas. Para tanto, observe-se que o hospital é uma organização de saúde que tem na sua origem a prática da assistência aos enfermos, o que lhe confere o caráter humanístico, a ser preservado, na atualidade como no futuro (MARINHO; MAC-ALLISTER, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS, hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e em centros de formação, para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biopsicossociais (FRANCO, 1985).

Outra característica marcante do hospital é o fato de possuir um caráter social e, no caso dos filantrópicos, caráter de responsabilidade mais amplo e complexo do que as organizações tradicionais, de foco comercial. Deve-se compreendê-lo como um local muito característico e diferenciado dentre todas as outras organizações, que não são da saúde, mesmo as da saúde, embora com processos administrativos que, eventualmente, podem ser similares.

É bem provável que, dentre as organizações contemporâneas, nenhuma seja mais complexa do que o hospital, cuja missão principal é receber o ser humano doente ou ferido e cuidar dele de modo a criar novo padrão de saudabilidade. Considerando todos os aspectos aqui apresentados concernentes às organizações hospitalares, torna-se plausível a seguinte afirmação de Mintzberg (1997, p. 16) “tenho a significativa suspeita de que administrar a mais complicada corporação deve ser quase brincadeira de criança quando comparada à administração de qualquer hospital”. Do ponto de vista financeiro, hospitais, sejam eles públicos ou privados, exigem altos investimentos com gastos salariais; instalações maiores e mais sofisticadas, tornando necessários equipamentos mais caros com custos operacionais mais elevados; variedade de ofertas terapêuticas e de hotelaria, oferecendo mais serviços aos enfermos; altos preços dos insumos como materiais e medicamentos (GRECH, 2002).

Apesar de os hospitais, em suas características gerais, serem semelhantes entre si, alguns apresentam peculiaridades que os fazem mais singulares. Podem diferenciar-se quanto

às características de propriedade (público federal, estadual e municipal, privado lucrativo, privado filantrópico etc), quanto à finalidade principal (assistencial geral, assistencial especializado, de ensino, de pesquisa etc), quanto ao nível de assistência dentro de um sistema ou rede (secundário, terciário ou quaternário), quanto à complexidade (baixa, média, alta etc) ou quanto ao acesso (eletivo direto, eletivo de referência, pronto atendimento, emergência, urgência etc).

A presente pesquisa foca em um hospital público municipal, com finalidade mista, terciário, de alta complexidade, com acesso direto regional em urgência/emergência. Torna-se necessário, portanto, compreender tais características, com destaque para a lógica voltada à urgência/emergência.

A partir da década de 1950, os serviços de emergência assumiram relevância, especialmente nos Estados Unidos, devido ao aumento do número de vítimas de “causas externas”, sobretudo as associadas aos acidentes de trânsito e, também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas decorrentes da experiência acumulada nas Guerras da Coreia e do Vietnã (POWERS, 1973).

As unidades de urgência são serviços existentes em hospitais de médio e grande porte, os quais recebem usuários em situações de urgência e emergência, graves ou potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados para o seu atendimento e restabelecimento (CALIL; PARANHOS, 2007).

Conforme Deslandes (2002), o serviço de urgência contemporâneo contém uma especificidade que o distingue de qualquer outro serviço da área da saúde, pois se trata de uma assistência que deve ser prestada e realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Estes serviços foram criados para prestar atendimento imediato à usuários agravados, de forma a garantir todas as formas para dar sustentação a vida e possibilidades de continuidade da assistência neste local ou em outro nível de atendimento referenciado. O panorama que se apresenta em nosso país, revela uma situação de superlotação e longas filas de espera (CALIL; PARANHOS, 2007).

Deslandes (2002) refere que, historicamente, a emergência sempre constituiu “a porta de entrada” ao Sistema de Saúde. Observa-se atualmente, nas emergências, o aumento do fluxo de atendimentos. A superlotação é ocasionada devido à busca incessante dos usuários, justificadamente ou não, por esse tipo de atendimento. Esse problema é decorrente do desejo da população por maior resolutividade para seus problemas, em decorrência, entre outros motivos, da precária montagem dos níveis primário e secundário de atenção. A ida à emergência, mesmo com motivação inadequada, resultará, no mínimo, numa avaliação de

saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para a sua necessidade e superlote o serviço.

O excesso de demanda por atendimento, que vem ocorrendo nos serviços de urgência, denuncia a ineficiência do SUS em operacionalizar a sua proposta, uma vez que ela procura retratar a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como os da atenção primária (RODRIGUES, 2002).

A falta de legislação específica para os serviços de urgência e emergência nos primeiros anos do SUS fez com que os municípios de pequeno porte, em vez de promoverem a resolutividade dos serviços locais, optassem pelo desenvolvimento de sistemas de transporte em ambulâncias para a locomoção do usuário para um serviço de maior complexidade, amparados no instrumento legal denominado Tratamento Fora do Domicílio. Esse encaminhamento permite a realização do tratamento médico fora da microrregião do usuário e tem gerado muitas distorções (BRASIL, 1999).

E, por fim, a incipiente interligação e hierarquização entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária contribuem para tornar as unidades de urgência dos grandes hospitais das regiões metropolitanas verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde (SANTOS ET al., 2003).

Dentro da estrutura hospitalar, em decorrência da dinâmica do serviço, a unidade de urgência pode ser considerada um dos ambientes de maior sofrimento psíquico, para todos os atores envolvidos, destaque-se o trabalhador, pois funciona 24 horas ininterruptas, caracterizando-se como um local de livre acesso a usuários e acompanhantes para solução dos problemas graves de saúde que os afligem, com real ou suposto risco de morte.

Os esforços dos profissionais da saúde em atender essa demanda contínua, aliados às condições de trabalho que, em sua maioria, não são ideais, repercutem diretamente na saúde dos trabalhadores, principalmente quando remetem às condições impostas pela organização.

Quanto ao processo de trabalho em urgência, a especificidade do objeto de trabalho consiste em usuários com alto grau de complexidade, portadores de patologias clinicamente graves, com risco iminente de morte, e de usuários com leve a moderados graus que não conseguem atendimento na rede de atenção primária (PALÁCIOS, 2000).

É sobre o usuário em estado grave de saúde que se centram todos os esforços para minorar o sofrimento e salvar vidas. No entanto, o sofrimento dos trabalhadores não deve estar somente fundamentado na gravidade dos usuários, mas, também, ao fato de terem de lidar com situações incontroláveis, inesperadas, imprevistas, ficando frente a frente com

situações que desencadeiam sentimentos de impotência.

Em 2002, o Ministério da Saúde-MS institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estadual de Urgência e Emergência, pela Portaria 2.048 (BRASIL, 2002), estabelecendo princípios, diretrizes, normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências. Esta mesma portaria definiu os componentes dos serviços da atenção às urgências e emergências: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar, e pós-hospitalar (BRASIL, 2002).

- a) Componente pré-hospitalar fixo: as Unidades Básicas de Saúde-UBS e Equipes de Saúde da Família-ESF, Agentes Comunitários de Saúde-ACS, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências;
- b) Componente pré-hospitalar móvel: Serviço de Assistência Municipal de Urgência-SAMU e outros serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica;
- c) Componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva;
- d) Componente pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária.

O regulamento ainda institui a Central de Regulação Médica-CRM, o transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgência, com o objetivo de capacitar pessoal da área. Recomenda, também, o emprego do acolhimento, seja na dimensão ampla do processo de cuidado ou como triagem classificatória de risco, e sugere a integração de várias centrais médicas de regulação de fluxos de urgências, leitos hospitalares, de marcação de exames e consultas, assim como com outras instituições como as polícias militares e a defesa civil (BRASIL, 2002).

Em 2003, o MS institui, pela Portaria 1.863 (BRASIL, 2003a), a Política Nacional de Atenção às Urgências-PNAU, composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Prevê-se, também, a instalação e operação das centrais de regulação, capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção e orientação federal, segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003b).

Com a Portaria 2.072 (BRASIL, 2006), foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências-CGNAU, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições, associações

médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU.

Segundo Deslandes (2004), o termo humanização é empregado como uma forma de atenção que valoriza a qualidade do cuidado ao usuário, respeita os direitos, respeita a subjetividade e incorpora dimensões culturais. Implica também na democratização das relações que envolvem o atendimento, a busca de uma comunicação mais habilidosa e fluida, o reconhecimento entrecruzado das expectativas dos próprios profissionais e as dos usuários, ambos cidadãos e sujeitos do processo terapêutico.

Como ferramenta para o alcance estratégico do cuidado humanizado, em 2004 surge a PNH, constituindo uma nova fronteira de expansão e de qualificação do Sistema Único de Saúde-SUS. Esse plano consolida uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se destina a pensar a dimensão da qualidade, na perspectiva do desenvolvimento integrado das habilidades relacionais, comunicacionais, políticas e técnicas, nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Assim, humanização, como respeito à diversidade e à subjetividade, agrega-se aos princípios originais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social. Embora, segundo Deslandes (2004), constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de humanização ainda carece de uma definição amplamente compartilhável, conformando-se como diretriz de trabalho, como um movimento dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático apoiado em nítidas experiências de sucesso e ferramentas *standard*, pois ainda há a necessidade de construir consensos até em torno do termo. Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcados.

Ressalte-se que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes para a humanização, pois beneficiam o usuário com um acolhimento digno. O ser humano precisa do que é humano, ou seja, de atenção e acolhimento, que o profissional de saúde deve expressar no atendimento ofertado. Contudo, o ambiente também comunica acolhimento, por esta razão a ambiência é um assunto bem discutido atualmente, pois se acredita que esta nova tática/dispositivo é adequada, irreversível e indispensável para o bem-estar dos usuários, acompanhantes, visitantes e trabalhadores.

Promover conforto e viabilidade do tratamento com vistas à qualidade de vida em um ambiente hospitalar se torna uma questão no mínimo desafiadora, sobretudo, quando a experiência singular da hospitalização, geradora de vulnerabilidades e temores, ocorre em

ambiente marcadamente tecnológico duro e, conforme Silva (2006), percebido pelo senso comum como (des)humano. Se considerado positivamente, esse movimento pode ganhar contornos de uma *práxis* avançada para a assistência hospitalar. Então, possivelmente, pode se constituir um novo campo de possibilidades para a qualidade da assistência e para uma nova ordem relacional.

No ambiente existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção e física e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, integrando espaço, equilíbrio, conforto, lógica organizacional, redução das hierarquias, sentimentos de pertinência e satisfação, além das culturas e crenças dos atores envolvidos, criam a ambiência necessária para a significativa contribuição ao processo de produção de saúde.

Conforme o MS (BRASIL, 2006), o ambiente é composto, pelos seguintes elementos:

Luz – a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiente aconchegante quando exploramos os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição garantindo privacidade aos usuários com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos usuários. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que todos têm direito às noções de tempo – dia e noite, chuva ou sol.

Cheiro – devem-se considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;

Som – pode-se propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e o controle dos ruídos causadores de *stress*.

Sinestesia – diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;

Arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações, emoções e experiências humanas.

Cor – as cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua

falta ou minimizar seu excesso.

Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que, além de porta de entrada, se constitui lugares de espera, de encontro ou de descanso de trabalhadores, ambiente de estar de usuários e de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de encontro e relaxamento. Nas urgências/emergências há menor uso desta dimensão, mas nos hospitais gerais e nos serviços psiquiátricos elas são fundamentais.

Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do usuário, muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.

Confortabilidade – também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências, de maneira em que o processo de produção de saúde favoreça aos usuários e trabalhadores a construção de um espaço que faça referência ao seu mundo, bem como no cuidado prestado a saúde.

Arquitetura – fundamental no que diz respeito às circulações, ao conforto, à beleza e à individualidade, quando se propõe a criar ambientes que ofereçam ao usuário espaço para seus pertences, para acolher sua rede social e à preservação da individualidade. Os elementos supracitados surgem a partir de uma lógica organizacional (MOTTA, 2001) identificada nos processos de trabalho, cujas falhas originam deficiências e descontinuidades. Os problemas determinam influência negativa na organização dos processos corporativos provocando uma ação contraproducente nos produtos e serviços, estimulando uma diminuição ou redução no nível de consistência dos resultados. Esta teoria tem como princípio orientador a otimização dos processos organizacionais, pois, qualquer problema verificado em um determinado processo de negócio pode ser considerado um efeito negativo, proporcionando, como consequência, um rebaixamento no nível de consistência dos resultados. Os principais fatores organizacionais podem ser classificados do seguinte modo: de método, recursos tecnológicos; de material, recursos materiais disponíveis; de ambiente, local de trabalho; de pessoal, os trabalhadores; de equipamentos, instrumentos de produção; de meio informacional, dados e redes; de medida, regulação de processos e procedimentos.

Redução das hierarquias - Em uma visão contemporânea da administração a redução dos níveis hierárquicos diminui a burocracia e visa à melhoria da comunicação. Além dessa

melhoria a redução dos níveis hierárquicos gera uma maior autonomia na tomada de decisão e resolução de problemas. A autonomia na teoria é mais fácil do que na prática, uma vez que delegar maior autonomia requer maior confiança no potencial da equipe e adequado treinamento. A aplicação da redução dos níveis hierárquicos exige cuidado com o comportamento dos gestores perante os trabalhadores. Cabendo a eles compreender que a partir do momento que o trabalhador tem maior autonomia ele não pode ter sua autoridade quebrada durante um procedimento. Os benefícios advindos da redução de hierarquia podem ser sentidos tanto internamente quanto externamente à organização. No ambiente interno há uma melhora no clima organizacional e a equipe se mostra mais proativa, ao ver suas opiniões sendo ouvidas e analisadas. Para o ambiente externo o acesso a demandas é menos burocrático e de resolutividade mais rápida para os casos a serem resolvidos.

Sentimentos de pertinência e satisfação - A satisfação no trabalho é fenômeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a organização pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional e social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar e organizacional (CURA, 1994; LOCKE, 1976; PÉREZ-RAMOS, 1980; ZALEWSKA 1999a, 1999b). Apesar de relevante e freqüentemente mencionada, a relação entre satisfação no trabalho e saúde tem sido insuficientemente pesquisada e aplicada (MARTINEZ, 2002). O ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. Fatores psicossociais no trabalho são aqueles que se referem à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas extra-trabalho, pessoais que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (OIT, 1984).

A ambiência, ao incluir o processo de trabalho, pretende mudá-lo, uma vez que está intrinsecamente relacionada à postura e conforto, mas também a dignidade e direitos. Sabe-se que ao entrar em ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar fora tudo que é relativo ao seu mundo, perdendo as referências sobre cotidiano, cultura e desejos. Pensar o conforto dentro do conceito de ambiência é também resgatar essa dimensão para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos ambientes de cuidado e atenção à saúde, deste modo, compreendendo os processos e constituindo ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social,

profissional e de relações interpessoais, para proporcionar cuidado, por meio de atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, o espaço que visa o conforto, focado na privacidade e na individualidade dos atores envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem, como cor, cheiro, som e iluminação, e garantindo conforto a trabalhador, usuário e sua rede social e o espaço que torna-se ferramenta facilitadora do processo de trabalho tecnicamente funcional e filosoficamente cidadão, viabilizando uso ótimo dos recursos disponíveis e atendimento resolutivo, acolhedor e humanizado (MS, 2004).

O objetivo geral da humanização é tornar diferente o ambiente dos serviços ofertados ao público atual, fazendo com que as pessoas em tratamento passem por seus procedimentos médico-hospitalares de maneira mais suave, menos traumática. De acordo com Giordani (2008), estas mudanças favorecem o desenvolvimento institucional e oferecem um ambiente que propicie conforto e serviços de qualidade. Um ambiente hospitalar com serviços de excelência comunica melhor o seu objetivo, que é propiciar um local onde o usuário não se sinta constrangido, mas com sua dignidade respeitada, seja qual for a enfermidade que desafiou o cuidado, seja qual for a vulnerabilidade objetiva ou sentida.

A fundamentação teórico-prática neste campo necessita, ainda, de exploração e investimento. A partir de tais considerações, a presente pesquisa, de cunho exploratório, se impõe. Diante da organização e estrutura física das instituições de saúde pública, da formação dos médicos e dos demais profissionais de saúde que atuam no hospital, as relações de trabalho e sua lógica de produção, parte-se da seguinte indagação: há espaço para mudanças estruturais e a implementação de novos conceitos e práticas voltados para a humanização da assistência, por meio da ambiência, em hospital regionalizado de emergência?

Tornar diferente o ambiente e serviços ofertados ao público atual, fazendo com que as pessoas em tratamento passem por seus procedimentos médico-hospitalares de maneira mais suave, ou seja, menos traumatizante. De acordo com Giordani (2008), estas mudanças favorecem o desenvolvimento institucional e oferecem um ambiente que propicie o conforto e serviços de qualidade. A boa qualidade dos serviços é um complemento ao tratamento médico e hospitalar. Um ambiente hospitalar com serviços de excelência comunica melhor o seu objetivo, que é propiciar um local humanizado, onde o usuário não se sinta constrangido, mas com sua dignidade respeitada diante das suas enfermidades.

A relevância desta pesquisa decorre do fato de a ambiência ser uma preocupação atual para a humanização no ambiente hospitalar. Destaque-se, como questão mais complexa e aguda, a práxis humanizadora, por meio da ambiência, em hospitais de emergência. A literatura citada evidencia que a questão precisa de estudos cada vez mais aprofundados para seu equacionamento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir apresenta-se o referencial teórico que apóia a construção da presente pesquisa, a partir dos temas da humanização e da ambiência na emergência hospitalar. Contextualizam-se a PNH e a Emergência do Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO EM

*SAÚDE-PNH

O termo humanização, segundo Deslandes (2004), é empregado como a assistência que valoriza a qualidade do cuidado ao usuário de saúde. Do ponto de vista político, é associado ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e de suas referências culturais. Implica também na democratização das relações que envolvem o atendimento, a busca por um maior diálogo e melhoria da comunicação entre assistentes e assistidos e pelo reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos usuários como sujeitos do processo terapêutico.

Conforme Sampaio (2005), as dimensões básicas para se chegar a uma ideia de humanização é preciso percorrer quatro caminhos:

- a) Primeiro caminho – o humano como superação do animal: o que difere o homem do animal é o conjunto de habilidades físicas e mentais. A palavra-chave neste caminho de evolução é a hominização.
- b) Segundo caminho – o humano como superação do bárbaro: Neste caminho onde a palavra-chave é civilização, fica bem mais difícil definir, valorativamente, uma evolução das formas de organização social.
- c) Terceiro caminho - o humano como superação da coisa: A palavra-chave, neste caminho entre duas pessoas, é subjetividade. O ser humano deve ser visto de maneira holística, respeitando toda a sua integridade e personalidade.
- d) Quarto caminho – o humano como superação de alienado: Este caminho é trilhado pelas vias da conscientização, isto é, da autonomia, da liberdade e da construção coletiva de valores e significados. A palavra-chave é a emancipação crítica.

A humanização, portanto, ainda é uma utopia, com um desejo projetado para o

futuro.

Considerando os limites transversais da humanização no sistema de saúde, ainda como uma utopia a PNH surgiu no ano de 2004, tendo como princípio norteador a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de assistência e gestão, comprometendo-se com a produção de saúde e de sujeitos, por meio de educação permanente, a construção de autonomia e protagonismo de sujeito e coletivos, e o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional interdisciplinar, atuando em rede de alta conectividade, qualificando o SUS.

Conforme o Ministério da Saúde (MS, 2004) as diretrizes gerais para a implementação da PNH, nos diferentes níveis de atenção, são:

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
8. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integrada SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

Embora, segundo Deslandes (2004), constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de “humanização da assistência” ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático, pois ainda há a necessidade de designar o termo humanizar. Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcados.

Conforme o Ministério da Saúde (MS, 2004), entende-se humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos;
- Fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-reponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão nos processos de trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Ressalte-se que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes à humanização, pois beneficiam o com um tratamento digno, mas não são suficientes. O ser humano precisa do que é humano, ou seja, de atenção e acolhimento, demonstrações estas que o profissional de saúde precisa ofertar no atendimento ao . O ambiente comunica processos de trabalho de tratamento, mas não é suficiente. O ser humano precisa de acolhimento e cuidado, deste modo é a ambiência que é discutida atualmente, pois acredita-se ser esta uma construção necessária, adequada, irreversível e indispensável para o bem-estar dos usuários, acompanhantes, visitantes e trabalhadores de saúde.

3.2 AMBIÊNCIA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

O indivíduo, em seu meio de habitação, desenvolve suas ações em conformidade com a cultura e estrutura do ambiente, seja ele para o trabalho, lazer ou mesmo para tratar de sua saúde. O ambiente comporta em si a subjetividade de pessoas, que expressam as suas necessidades, sentimentos, desejos e expectativas e nele recebe estímulos e responde a eles de maneira positiva ou negativa, ocorrendo uma apropriação do espaço em que o usuário traz em si a vontade de modificar e humanizar. Humanizar estes espaços significa adequá-los aos que se utilizam dele (VASCONCELOS, 2004).

O ambiente é um espaço social em que se estabelecem estruturas de relações entre os seres e o ambiente físico-social com características humanas e do próprio espaço de trabalho. Este pode resultar em efeitos saudáveis ou insalubres, dependendo dos indivíduos e do próprio posicionamento do ambiente físico (CEZAR-VAZ; MUCCILO BAISCH; SOARES; WEIS; COSTA; SOARES, 2007).

Ressalta-se que o ambiente hospitalar tem influência sobre a saúde do usuário, bem como dos profissionais, pois os trabalhadores enxergam na maioria das vezes, o hospital, como um ambiente enrijecido, estressante.

Vasconcelos (2004) ressalta que o hospital é um ambiente frio, sem vida, com cheiro de éter, aparelhos barulhentos, macas circulando, pessoas conversando e, na maioria das

vezes, é mal iluminado, com colorações que não proporcionam bem-estar, causam irritação, frustração e mau humor. Há também a presença de cheiros desagradáveis como dos produtos utilizados na limpeza ou desinfecção de materiais. As formas, as texturas são geralmente, de uma maneira monótona e distante. Este ambiente pode proporcionar estresse e agravos psíquicos, pois é neste local que se formam relações de trabalho, as demandas e as capacidades de enfrentamento frente às atividades que o indivíduo exerce.

A estrutura atual dos ambientes hospitalares, muitas vezes, não favorece o cuidado aos profissionais, tornando-se um local de emoções negativas, sentimentos depressivos e estresse (OLINISKI; LACERDA, 2006).

O hospital favorece o adoecimento dos que trabalham nele, pois dá-se importância maior para cura do com medicamentos e assistência especializada, mas se esquece que a equipe de multiprofissionais também necessita de atenção para o cuidado com sua saúde (NEUMANN, 2007). Por outro lado, entende-se a ambiência da emergência do hospital como espaço físico de relações interpessoais, profissionais e social, que deve proporcionar um local acolhedor.

A instituição é responsável por fornecer uma gestão de pessoal que contemple a saúde do trabalhador em sua totalidade, enfatizando a qualidade de vida e o cuidado dos cuidadores, no contexto existencial e do trabalho que proporcione um ambiente onde os valores morais e éticos favoreçam a dignidade, respeito e solidariedade entre os profissionais (OLINISKI; LACERDA, 2006).

A discussão sobre a estrutura hospitalar mostra, ao longo dos séculos, desde as concepções de Florence Nightingale, os aspectos de funcionalidade de 18 setores básicos, banheiros, disposição de mobiliário, dimensionamento de ambientes, iluminação natural, ventilação, entre outros. Atualmente a idéia de ambiente terapêutico, estruturas mais ornamentadas e formuladas estão sendo discutidas a fim de tornar o hospital um ambiente que produza nos usuários uma sensação de bem-estar e conforto (VIANNA; BRUZSTYN; SANTOS, 2008).

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde se caracteriza como um fenômeno mundial que, dada a necessidade de atender à crescente exigência dos usuários por melhorias no atendimento, tem suscitado numerosas discussões e investigações.

No contexto da saúde, se percebe que as discussões sobre melhorias ganharam forças a partir de 1924, quando nos Estados Unidos da América, o Colégio Americano de Cirurgias instituiu padrões de avaliação que visavam garantir a qualidade da assistência, relacionada aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho dos profissionais. Apesar de importante,

essa iniciativa era restrita, pois ignorava aspectos importantes da qualidade como: a estrutura disponível e os resultados observados no . No Brasil, é provável que o primeiro trabalho desenvolvido para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares tenha sido a utilização da Ficha de Inquérito Hospitalar, proposta pelo médico Odair Pedroso, em 1935, a qual especificava como deveria ser a organização de uma instituição hospitalar naquela época (MATZUDA; COSTA JÚNIOR, 2011)

Na atualidade, dentre os modelos adotados para a melhoria da qualidade nos hospitais brasileiros, o sistema de Gestão pela Qualidade Total-GQT ou simplesmente Gestão pela Qualidade, tem se apresentado como um modelo eficaz. O referido sistema que se originou a partir da Segunda Guerra Mundial, foi utilizado primeiramente na indústria de bens manufaturados no Japão e, por volta de 1987, a sua implantação se iniciou nas instituições de saúde nos Estados Unidos da América. Em termos gerais, o objetivo da GQT é obter maior produtividade e satisfação das pessoas, por meio da padronização; da participação dos usuários e trabalhadores; do trabalho em equipe e do estímulo à criatividade (GUIMARÃES; MONACO, 2000).

A qualidade de vida no ambiente de trabalho visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador, ao desenvolver suas atividades na organização, por meio de ações para o desenvolvimento pessoal e profissional. A administração pública deve buscar permanentemente uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho-QVT promovendo ações para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus servidores. Para tanto, as instituições públicas devem desenvolver e implantar programas específicos que envolvam o grau de satisfação da pessoa com o ambiente de trabalho, melhoramento das condições ambientais gerais, promoção da saúde e segurança, integração social e desenvolvimento das capacidades humanas, entre outros fatores.

A QVT visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização tendo como ideia básica o fato de que as pessoas são mais produtivas quanto mais satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho. Portanto, a ideia principal é a conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações, ou seja, ao melhorar a satisfação do trabalhador dentro de seu contexto laboral, melhora-se consequentemente a produtividade (GUIMARÃES; MONACO, 2000).

Também, faz-se necessário analisar, de forma sistemática, a satisfação dos servidores, pois, nesse processo de autoconhecimento, as sondagens de opinião interna são uma importante ferramenta para detectar a percepção dos trabalhadores sobre os fatores

intervenientes na qualidade de vida e na organização do trabalho. Para que ocorra a melhor qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador. Quando se discute a estrutura para dar suporte ao atendimento de qualidade, de imediato se pensa em táticas, por exemplo, para organizar as filas de espera, principalmente no segmento relacionado à recepção do usuário.

Algumas peculiaridades, seguindo as áreas de atendimento com Classificação de Risco. Para a organização das funções, facilidade de atendimento e acolhimento, o espaço identificado e dividido por cores torna-se uma ferramenta eficiente, podendo ser caracterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento, conforme abaixo (MS, 2004):

Área Vermelha - nesta área está a sala de emergência onde muitas vezes a ambiência não é considerada, uma vez que se pretende o atendimento à alta complexidade e a tecnologia é colocada como único elemento que compõe o espaço. Porém, questões de cor, cheiro, luz, são importantes principalmente para o trabalhador que vivencia este espaço sob grande estresse. Devem ser considerados, também, próximos à emergência espaços de apoio – estar e copa – para os trabalhadores. Boxes especiais para procedimentos invasivos ou para atendimento de crianças também podem constituir ferramenta importante para otimização de recursos tecnológicos, melhoria do padrão de assepsia e para evitar situações constrangedoras e traumáticas.

Área Amarela e Área Verde do Eixo Vermelho - são compostas por sala de retaguarda (para s já estabilizados, porém críticos ou semicríticos) e sala de observação, respectivamente. Em ambas as áreas observa-se a necessidade da aplicação equilibrada e harmônica das cores, cuidado de tratamento com a iluminação artificial, proporcionar a iluminação natural, prever cuidadosamente mobiliários, poltronas para acompanhantes, cortinas ou divisórias, posto de enfermagem que possibilite a visão de todos os leitos, pontos de som e TV e trabalhar o aroma.

Área Azul - Aí estão os espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Esta área deverá ser ampla e confortável, integrada ao entorno, ligando interior e exterior, onde todos os componentes já citados sejam exaltados. Constitui-se de uma área central focada no acolhimento que objetiva a escuta das necessidades dos usuários, a orientação de fluxos e a priorização do atendimento de acordo com o grau de complexidade.

Área Amarela do Eixo Azul - área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento que deve ressaltar o acompanhante presente, o respeito à individualidade e as necessidades do , com fluxos claros, informação e sinalização. Com isso, é importante lembrar que não se pretende criar normas nem estabelecer parâmetros, são apenas algumas colocações que podem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada hospital, as diferentes demandas e o poder de criação do arquiteto.

Para humanizar o ambiente, o Ministério da Saúde inclui a ambiência hospitalar, que abrange tanto o espaço físico como o social, profissional e de relações, que deve ser acolhedor, humano e resolutivo. O espaço deve oferecer ao sujeito produtor de saúde conforto e individualidade, envolvendo a cor, cheiro, som, iluminação e forma, abrangendo as necessidades do usuário, do trabalhador e da comunidade. Este deve facilitar a produção do cuidado e da recuperação de quem utiliza esse espaço (BRASIL, 2004).

Os usuários e a equipe de trabalho hospitalar estão acostumados com ambientes brancos, frios e distantes, não havendo a ideia de algo diferente (VASCONCELOS, 2004). O ambiente branco, monocromático não é recomendado, pois causa muito cansaço visual e tende a provocar distração nos profissionais que nele atuam (MARTINS, 2004).

A sensação de bem-estar humana geralmente é causada por um ambiente que promova um grau moderado de estimulação positiva. Som alto, iluminação intensa, cores vibrantes causam estresse. Já se a estimulação dos mesmos aspectos for muito baixa pode causar depressão ou sentimentos ruins em quem convive neste tipo de ambiente (VASCONCELOS, 2004).

A arquitetura da emergência do hospital deve proporcionar conforto e funcionalidade para o trabalhador para que o trabalho aconteça de forma simplificada e satisfatória (VASCONCELOS, 2004).

Na humanização se faz necessário o entendimento do conceito de ser humano. Assim, a consciência de quem utiliza um espaço é peça fundamental para definir o modo e as características que o mesmo deve possuir. Quando se conhecem as necessidades de um indivíduo, é possível proporcionar um ambiente que supra e supere as suas necessidades (VASCONCELOS, 2004).

3.3 HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

O hospital deixou de ser visto como um local frio e impessoal, a partir da

compreensão das necessidades de inovação em seus serviços e das relações interpessoais entre profissional-profissional e profissional-usuário. Observou-se que o público tinha necessidade de um ambiente hospitaleiro, como estratégia de transformação dos seus serviços e instalações, a fim de propiciar um ambiente menos desgastante aos seus usuários.

Promover conforto com vistas à qualidade de vida em uma emergência hospitalar se torna uma questão no mínimo desafiadora, sobretudo, essa a qual se refere, imersa em um ambiente marcadamente tecnológico e em um ambiente, conforme Silva (2006), entendido pelo senso comum e até mesmo entre os acadêmicos como (des)humano. No entanto, esse movimento pode ganhar contornos de uma nova *práxis* para a assistência hospitalar.

A palavra *práxis* é comumente utilizada como sinônimo ou equivalente ao termo prático. Todavia, se recorrermos à concepção marxista, observa-se que *práxis* e prática representam conceitos diferentes. Deste modo, *práxis* diz respeito à “atividade livre, universal, criativa e auto-criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico a si mesmo” (BOTTOMORE, 2001, p. 292). Já o conceito de prática se refere a uma dimensão da *práxis*: a atividade de caráter utilitário-pragmático, vinculadas às necessidades imediatas. Nesse sentido, em nossa vida cotidiana, tomamos as atividades práticas como dadas em si mesmas, sem questionarmos para além das formas como aparecem, aquilo que constitui sua essência. Segundo Vazquez, (1977, p. 10), “a consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da *práxis* – como atividade social transformadora – seu objeto; não produz – nem pode produzir (...) uma teoria da *práxis*”.

Das afirmações, acima depreende-se que *práxis*, compreendida como prática social transformadora, não se reduz ao mero praticismo, tampouco a pura teorização. Nessa compreensão, a relação teoria e prática são indissociáveis. A compreensão da realidade, sustentada na reflexão teórica, é condição para a prática transformadora, ou seja, a *práxis*. A atividade transformadora é, então, atividade informada teoricamente. Nesse sentido, colocam-se em questão posições rotineiramente afirmadas em nível de senso comum, da refutação da teoria e da centralidade da prática, ou seja, de contraposição teoria-prática. Como bem afirma Vazquez (1977, p. 207): “entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem para indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação”.

Então, possivelmente, pode se constituir um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional. Portanto, a fundamentação teórico-prática, neste campo, necessita, ainda, de exploração e investimento.

A questão central é analisada por meio de uma relação entre ambiência hospitalar e o conceito de humanização. Verificando os indicadores ambientais que poderiam ser inseridos na humanização hospitalar e os efeitos do processo de inserção de um novo modelo de ambiência, para sua humanização.

Tornar diferente o ambiente e serviços ofertados ao público atual, fazendo com que as pessoas em tratamento passem por seus procedimentos médico-hospitalares de maneira mais suave, ou seja, menos traumatizante, de acordo com Giordani (2008), estas mudanças favorecem o desenvolvimento institucional e oferecem um ambiente que propicie o conforto e serviços de qualidade. A boa qualidade dos serviços é um complemento ao tratamento médico e hospitalar. Um ambiente hospitalar com serviços de excelência comunica melhor o seu objetivo, que é propiciar um local humanizado, onde o não se sinta constrangido, mas com sua dignidade respeitada diante das suas enfermidades.

Taraboulsi (2004) afirma que, preocupados com o estado físico e emocional do usuário e seus familiares e amigos, gestores estão tentando deixar para trás a imagem clássica de hospital. Para que esta transformação aconteça é preciso trabalhar com um fator imprescindível, a composição do ambiente, que contempla um adequado projeto arquitetônico, que se inicia na elaboração do seu programa, depois do planejamento físico e de instalações.

Cabe, portanto, refletir sobre o perfil do Estabelecimento Assistencial de Saúde-EAS contemporâneo e ideal. Sabe que tanto a gestão, quanto as tipologias de EAS padronizadas são indesejáveis, se não atendem as necessidades socioculturais de seus usuários (LIMEIRA, 2006).

Entende-se que se faz necessário mudar as práticas de saúde, para que os princípios do SUS sejam obedecidos. Isso significa que a regulação e a normatização da arquitetura de EAS, feitas pela ANVISA, precisam extrapolar a visão sanitária e de vigilância e ampliar seu foco para além do controle de risco, a exemplo do que ocorre com a RDC-50, seu principal instrumento normativo (LIMEIRA, 2006).

Nesse contexto, a arquitetura hospitalar precisa evoluir com as tendências do sistema e transformar-se em arquitetura de atenção à saúde. Para tanto, Silva e Figueiredo

(2011) delimitam alguns aspectos que precisam ser trabalhados:

- a) Transformação das instalações;
- b) Melhoria das áreas de atendimento; e
- c) Incorporação dos serviços hoteleiros.

Conclui-se que promover um ambiente agradável e confortável exige uma série de adaptações ou mudanças. Figueira, Inoue e Lamha Neto (2008) ressaltam alguns elementos que contribuem para a mudança favorável da ambiência:

- a) Controle do barulho ou ruído;
- b) Qualidade do ar;
- c) Conforto térmico;
- d) Privacidade;
- e) Iluminação;
- f) Comunicação;
- g) Vista da natureza;
- h) Cores;
- i) Texturas; e
- j) Acomodação para os familiares.

A concepção de ambientes traduz bem-estar e segurança em suas diversas formas, no que se entende a morfologia, que trabalha a dimensão, forma e volume que configura e cria espaços, tendo plena relação com a sinestesia, que diz respeito a percepção do espaço por meio dos movimentos e da arte como instrumento da inter-relação e expressão das sensações humanas, sem invadir a privacidade e a individualidade da intimidade do usuário. Destaca-se que é possível inovar com toda criatividade admissível, sem interromper no trabalho assistencial da equipe multiprofissional para não atrapalhar no tratamento do usuário.

A partir dos aspectos supracitados, conclui-se que dessa maneira o ambiente hospitalar deixará de ser caracterizado como um local de dor e sofrimento, pois engenheiros, arquitetos, gestores e trabalhadores estão cada vez mais avançando na busca pela melhor qualidade, investindo em criatividade, inovação e tecnologia, favorecendo aos contentamento e encantamento.

Essa transformação se dá pela preocupação da gestão do hospital com a pessoa humana, que necessita de um atendimento humanizado. A preocupação com o bem-estar das pessoas no ambiente hospitalar deve ser a intenção maior.

Trabalhar a ambiência tem como mérito desenvolver de maneira eficiente a humanização, tendo como foco o benefício psicológico e emocional, ou seja, atender às necessidades subjetivas dos usuários e dessa maneira desmistificar a imagem negativa de alguns fatores, que afetam a satisfação dos mesmos.

Segundo Melo (2010, pág. 15):

Os usuários, não só estes, mas os familiares, visitantes e acompanhantes estão circunstancialmente fragilizados, com estado emocional alterado, estão constituídos de sentimentos e emoções confusas, precisam ser tratados com respeito, carinho e sobretudo empatia. Eles usam os serviços hospitalares por necessidade e não por opção, se pudessem optariam por não usar, estarem saudáveis.

Por este motivo, a humanização envolve fatores que vão além do contentamento esperado pelos usuários. Os mecanismos de humanização revolucionaram a hospitalidade dos hospitais, ao ponto dos s se sentirem bem em um local que outrora era lugar de sofrimento. Nesse processo de transformação destaca-se o trabalho de uma eficiente gestão, que tem como objetivo a melhoria eficaz em todas as dimensões do hospital.

Segundo Beltram e Camelo apud Dias (2007, pág. 57):

Desde que o médico fosse competente e o hospital aparentemente limpo, nada mais importava para o . Nesse período, quem buscava o hospital para cuidar da saúde era também o , significando que ao entrar no ambiente hospitalar ele deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo (daí o nome,), obedecendo às ordens médicas e da enfermagem. Esse tempo passou. Agora quem busca o hospital não é mais : é um cidadão que sabe dos seus direitos e de suas responsabilidades. Ele vai a procura de solução para seu problemas e sente-se com direito de ser bem atendido. É um cliente que vai comprar um produto, que é o tratamento e a assistência que o hospital oferece.

Percebe-se que houve um grande avanço nos hospitais brasileiros. Este avanço se deu pela determinação dos elaboradores das políticas nacionais e dos gestores hospitalares, pois eles acreditaram no pensamento tornado clássico: nada se cria, nada se perde, tudo se transforma. Para tanto, observa-se o posicionamento de Beltram e Camelo (2007, pág. 59)

sobre este aspecto.

Cabe a administração do hospital – pela natureza das funções que executa e pelas condições das pessoas atendidas, afetadas pelas patologias mais diversas, o cuidado pelo planejamento, execução e controle das idéias lançadas para qualificar o atendimento humanizado (organização, regulamentação, vigilância, educação continuada de todos os colaboradores) englobando desde a estrutura física até a responsabilidade sobre o bem-estar do indivíduo.

Estas diretrizes favorecem um bom encaminhamento das atividades do hospital e proporcionam resultados esperados. Vale ressaltar que a humanização na atenção e na gestão é concebida de modo integrado – não há boa atenção, sem boa gestão – e sua complexidade incorpora aquilo que é concebido tecnicamente como GQT.

A qualidade dos serviços prestados é um paradigma incessantemente buscado nas organizações, pois é considerado como um dos maiores diferenciais na expectativa dos usuários. A qualidade, conforme Godoi (2004), é intrínseca a tudo o que é produzido, servido ou vivido pelo ser humano. A realidade tem elementos mensuráveis – quantidade – e elementos não mensuráveis – qualidade. Designadamente na área hospitalar é imperativo que prevaleça a dimensão da qualidade, uma vez que trata de problemas bastante complexos que afetam a vida humana.

Para que a qualidade seja propagada é necessária à atitude humana. Pela forma como é inserido e pelo modo como é percebido, o ser humano tem cada vez mais se tornado a peça fundamental da organização, no desenvolvimento dos processos, na criatividade de melhorias, na visão ampla do contexto organizacional, no relacionamento.

Nesse contexto um fator importante desenvolvido por pessoas no processo de humanização é a comunicação entre trabalhadores, trabalhadores e usuários, usuários e trabalhadores e/ou multiprofissionais. No entanto, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, sem comunicação não há humanização, a qual depende da capacidade de falar e ouvir, uma vez que para humanizar é preciso valorizar o diálogo. (GIORDANI, 2007).

A comunicação é um fator imprescindível para o diálogo. Para tanto, é preciso que haja na interatividade comunicativa a objetividade. Essa objetividade dentro do setor saúde é de grande importância para se alcançar a resolutividade esperada pelos usuários em todos os processos da organização, e o primeiro se inicia na recepção. É imprescindível investir na

qualificação dos profissionais de saúde, pois uma vez capacitados serão capazes de desempenharem suas atividades laborais da melhor maneira possível, impactando na qualidade total. A qualificação do profissional de saúde é necessária para o desenvolvimento da organização no seu atendimento e para o colaborador em se sentir mais capacitado tecnicamente, devido à sua análise crítica frente aos processos, e assim poder desempenhar sua função da melhor maneira possível. A Educação Permanente em Saúde, de acordo com Ceccim (2005), constitui tática fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e competente.

A educação continuada para os profissionais deve ser para todos que fazem parte da organização, a fim de capacitá-los e obter maior satisfação por parte dos s, acompanhantes e visitantes. A qualificação proporciona uma adequada postura, confiança ao , resolutividade e efetividade dos serviços. Segundo Silva e Alves (2011):

A postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. As dificuldades existem e são conhecidas, mas a força de vontade de cada um, a qualificação e capacitação profissional, a postura adequada, transmissão de confiança para a população, juntamente com o estabelecimento de vínculos com a mesma, tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde, adequando medidas que possam garantir atendimento a todos de forma humanizada e qualitativa. (pág.78).

Com estas diretrizes, a humanização no atendimento ao usuário, em geral passou a ser trabalhada de maneira mais eficiente, resultado da qualificação dos profissionais que passaram a enxergar outros horizontes e a ter ideias novas, dentre elas a percepção da necessidade de transformar o ambiente hospitalar, torná-lo mais acolhedor e amplo, convertendo as características impessoais em peculiaridades mais agradáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Compreender as práticas de ambiência, como tática de humanização, em emergência hospitalar.

4.2 ESPECÍFICOS:

- a) Mapear os dispositivos de humanização, destacando a ambiência, previstos na PNH;
- b) Mapear os dispositivos de humanização, destacando a ambiência, em prática no caso estudado; e
- c) Comparar as indicações da PNH e os achados no campo do caso para diagnóstico do processo e recomendações.

5 TRATAMENTO METODOLÓGICO

5.1 DESENHO GERAL DA PESQUISA.

O desenho geral da presente pesquisa, portanto, é qualitativo, analítico-crítico, de estudo de caso, utilizando-se de estudo documental, entrevistas e diário de campo, pois a problemática a ser compreendida é atual e só produz sentido se estudada em sua complexidade e contraditoriedade dinâmicas.

A pesquisa qualitativa se assemelha ao procedimento de interpretação dos fenômenos do cotidiano, pois estes apresentam a mesma natureza dos dados e opiniões que o pesquisador emprega em sua pesquisa. Essas observação e interpretação apontam a existência de, pelo menos, três diferentes possibilidades de aproximação dentro da pesquisa qualitativa, classificadas por Godoy (1995) em documental, etnografia e estudo de caso.

Guba e Lincoln (2011) afirmam que os processos sociais, históricos, intersubjetivos, incluídos de opiniões e visões de mundo, exigem aproximações dialéticas, pelo menos analítico-críticas. A presente pesquisa, considerando a falta de maturidade do pesquisador com as ferramentas hermenêutico-dialéticas, aproxima-se da mesma pela análise historicamente contextualizada e teoricamente criticada, por identificar as contradições do real e as contradições do pensamento buscando entender as primeiras.

Minayo (2008) relaciona várias formas de compreensão dos textos, nos quais os relatos de grupo focal, os protocolos de observação, os diários de campo e as entrevistas se transformam. A conclusão da autora é de que o texto constitui resultado de um processo social e de conhecimento, ambos frutos de condicionantes com tensões e perturbações. Entende-se que hermenêutica é a própria compreensão e dialética a estranheza e a crítica ao contexto, embora tenha uma forte ligação.

O estudo de caso, segundo Matos e Vieira (2002), é utilizado quando selecionamos um objeto de pesquisa, queremos obter grande quantidade de informações e de relações entre elas, além de, conseqüentemente, aprofundar seus aspectos. Assim, a opção metodológica acompanha a recomendação de Ludke e André (1986), por desenvolver-se em situação social-natural, ser rica em dados descritivos e valores, ter plano aberto e flexível e focalizar a realidade de forma complexa e contextualizada.

5.2 O CENÁRIO.

Fortaleza tem mais de 2,4 milhões habitantes. É a quinta capital do país em termos de população. Os números revelam o tamanho da responsabilidade que representa gerir uma cidade como Fortaleza e demonstra o grande interesse de brasileiros e estrangeiros que escolhem o bom clima da cidade e a companhia da população fortalezense na hora de definir suas moradias. Seu povo é composto por cearenses de todo o estado e gente de todo lugar, que vêm compor um conjunto de pessoas acolhedoras, trabalhadoras e bem humoradas.

O MS realiza pesquisas periódicas sobre satisfação do usuário em relação ao SUS. Estas pesquisas apontam três problemas básicos: técnicos, sobre erros, omissões, incompetências; organizacionais, sobre filas, faltas de leito, transtornos ao acesso; e relacionais, sobre insensibilidade, maus tratos e desrespeitos. E este tópico enfeixaria das insatisfações declaradas. Os serviços na área da saúde têm alcançado grande avanço científico-tecnológico, acumulando um volume invejável de conhecimento. São exemplos os aparelhos de diagnóstico e as técnicas cirúrgicas avançadas, a multiplicidade de medicamentos e ações de medicina preventiva. Mas as insatisfações permanecem (GUIMARÃES, 2008).

Na década de 1980, iniciou-se um movimento de reforma sanitária que agregou importantes mudanças à promoção de saúde, à prevenção de transtornos, agravos e doenças e à organização da atenção à saúde. Os marcos são a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Constituição Brasileira de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde-SUS em 1990. Em 1988, foi criado, no Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e, em 1992, todo o interior do estado passou a contar com este trabalho. A partir da experiência cearense, em 1991, o Ministério da Saúde implantou o programa em todo o país (GOYA, 1996). Em 1990, houve a criação do Conselho Nacional de Saúde e a normalização do funcionamento dos Conselhos de Saúde estaduais e municipais. No Ceará, o Conselho Estadual começou a funcionar em 1988 e os Conselhos Municipais e os Fundos de Saúde começaram a ser instalados entre 1989 e em 1993 (GOYA, 1996).

Em 1992, iniciam-se as primeiras discussões sobre a criação de um programa de médico de família, o que repercute no Ceará, imediatamente. E em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá avança o processo e muda o paradigma: implanta o Programa de Saúde da Família-PSF. No ano seguinte, o Ministério da Saúde lança nacionalmente o programa, como estratégia fundamental de atenção primária, alterando a prática e a

organização dos serviços e promovendo a passagem do atendimento individual para o trabalho em equipe (GUIMARÃES, 2008).

Em 1994 foram criados os Mestrados em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE e da Universidade Federal do Ceará-UFC e a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará-ESP/Ce, que imediatamente assumem a função de pólo de capacitação para a saúde comunitária e de família e passam a assessorar os municípios na gestão dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1998). A criação destes dispositivos de formação propiciou um ambiente de reflexão crítica e o desenvolvimento da habilidade em pesquisa.

Mas, o uso inadequado da Epidemiologia e dos Sistemas de Informação tem dificultado o direcionamento de ações para a prevenção e o controle das doenças e agravos de maior magnitude e gravidade. O modelo de atenção centrado na doença, curativo, emergencial e setorial, que, apesar de todos os esforços, ainda prevalece no Ceará, precisa ser rompido, para o alcance da integralidade da atenção, incluindo a promoção da saúde e humanização da atenção e da gestão. (MONTESUMA ET AL 2006).

A Saúde Pública no Ceará avança com maturidade e deve manter a ousadia para novos saltos, consolidando, no processo de organização do sistema de saúde, uma visão humanística do cuidado, a integralidade do processo saúde/doença e o envolvimento da comunidade na gestão e na avaliação do sistema. Tudo isso em dois contextos: um de grandes dificuldades econômicas; e outro de crescimento lento, porém cumulativo, da consciência sanitária dos cidadãos (FONSECA-NETO, 1999).

A capacidade cearense de inovação em saúde - PACS, PSF, Programação Pactuada Integrada-PPI, planejamento ascendente/descendente, descentralizado e estratégico, expresso nas micro e macrorregiões de saúde - parece paradoxal quando são consideradas as limitações sócio-econômicas e os estigmas de lugar das secas, de altos índices de analfabetismo e pobreza. Impõe-se estudar este paradoxo, para que as políticas públicas de saúde possam ser qualificadas e compensatórias das políticas econômicas praticadas (MS, 2006)

Ao conhecimento técnico-científico e à racionalidade organizacional não tem correspondido avanço na qualidade do contato humano presente em todo atendimento à saúde. O serviço público aparece, diante da população, como burocrático, banal, incompetente, insensível, massificado, compulsório e autoritário. Deseja-se mudar este dicionário para respeitoso, digno, personalizado, contratual, satisfatório e cidadão (GUIMARÃES, 2008).

É inegável que o Ceará, desde 1987, trilha caminhos de ordenação crescente de seu Sistema de Saúde. As políticas de saúde implantadas no estado, desde então, segundo Barbosa

(1997), não foram independentes do processo que ocorreu no Brasil na década de 1990, quando se acentuou a necessidade de utilização mais funcional da máquina do poder público, com descentralização e focalização das ações de saúde, com democratização do acesso e racionalização planejada.

Para Coelho (1997), durante o 1º Governo Tasso Jereissati, foram apresentadas metas para a saúde, entre elas a redução da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, expansão do atendimento hematológico, implantação de ações preventivas e a promoção de saúde bucal em crianças e gestantes e garantia de atendimento médico em 100% do estado. As metas do Governo Ciro Gomes para a saúde eram semelhantes às do governo anterior, ou seja, preocupação com a redução da mortalidade infantil e com os índices de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD, aumento da cobertura vacinal, ampliação da cobertura de assistência médica e expansão do processo de municipalização dos serviços de saúde. A crescente implantação do SUS/Ceará tem trazido as marcas da universalização do acesso, da competente regionalização e do incremento da qualidade de processos e procedimentos.

O desenvolvimento da PNH (BRASIL, 2004a) implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de outros valores fundamentais como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social, acrescentando nova dimensão ao SUS e ao SUS/Ceará. Portanto, a implantação ampla da PNH deverá, especialmente, considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) envolvidos, direta ou indiretamente, de forma a que eles sejam respeitados, ouvidos e valorizados. No Ceará, há que aperfeiçoar o SUS, dotá-lo de solidariedade e simpatia, portanto desamarrá-lo de excessiva racionalidade e do tecnicismo, sobretudo da alienação, para o enfrentamento sensível da diversidade, da subjetividade, da fragilidade. Este objetivo está representado no texto da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará (SESA, 2005a) e no texto da Carta de Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no SUS/Ceará (SESA, 2005b).

Os estudos sobre Humanização da Atenção, da Assistência e da Gestão em Saúde são recentes e, somente se incluirmos neste grupo os trabalhos sobre Qualidade da Assistência à Saúde, poderíamos iniciar nossa revisão na década de 1960. Mas o debate sobre humanização em saúde se desenvolve a partir da década de 1990, destaque para 2000, quando o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH, seguido posteriormente pela PNH.

5.3 O CASO

A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira, localizado Av. General Osório de Paiva, 1127 - Parangaba, Fortaleza - CE, 60720-015 - Fortaleza/Ce, criado em 06 de outubro de 1977. A escolha deste hospital deu-se tanto por sua localização na Secretaria Regional V de Fortaleza, no entorno da UECE, quanto pelo fato de ser referência municipal em atendimento de urgência e emergência.

A emergência do Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira tem capacidade instalada para atender, simultaneamente, até 12 casos, mas, no momento da 1ª visita do pesquisador, suas instalações estavam ocupadas por 45 pessoas, entre homens e mulheres, adultos e adolescentes. Devido à dificuldade de encontrar dados *online* sobre o referido hospital, foram realizadas visitas de aproximação com o campo, as quais possibilitaram identificar apenas essas informações iniciais. O Serviço Social relatou que, para o fornecimento de maiores informações, se fazia necessário solicitar junto a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde-COGETS a liberação para o projeto de pesquisa neste hospital. Foi afirmado também que estavam em processo de informatização e que em breve haveria uma base de dados, a qual seria explorada no decorrer da pesquisa.

6 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

6.1 LEVANTAMENTO DA LITERATURA

Consiste na consulta bibliográfica a livros e artigos em periódicos científicos, por via de bibliotecas locais ou *internet*, em *sites* especializados e de busca, tais como *Medline*, *SciELO*, *Lilacs*, *Google* e Portal de Periódicos da CAPES/MEC, com os descritores, isto é, as palavras-chave *Ambiência*, *Humanização* e *Emergência*. A revisão foi feita a partir do marco temporal de (1995 a 2016), época em que eclodiram discussões sobre a humanização do atendimento, neste hospital-campo, com a finalidade de reorganizar os recursos para a rede de cuidados e restabelecer a cidadania e os direitos sociais dos usuários, inclusive para garantir uma assistência de qualidade.

6.2 LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

Outro ponto de investigação consiste na análise documental das principais normas jurídicas editadas com o propósito de compreender as práticas de *ambiência*, como tática de humanização, em emergência hospitalar, arroladas sob os seguintes contextos: Compreensão da PNH, *Ambiência da Emergência Hospitalar* e *Humanização da Ambiência da Emergência Hospitalar*, expostos na amplitude do cuidado à saúde pela Constituição Federal, Ministério da Saúde, resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará e do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e relatórios das deliberações das Conferências de Saúde, ambas nas respectivas esferas federativas (nacional, estadual, municipal), conforme relação exemplificativa abaixo.

- a) Documentos do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS):
- b) Cadernos HumanizaSUS, Atenção Hospitalar, Vol. 3, Biblioteca Virtual.
- c) Ministério da Saúde, HumanizaSUS “*Ambiência*”, Série B, Textos Básicos de Saúde Brasília/DF, 2004.
- d) Documentos da Secretaria de Saúde (SESA) e do Conselho Estadual de Saúde (CES):
- e) Cartilha da Política Nacional de Humanização e Gestão em Saúde 3ª edição, Brasília/DF, 2006.
- f) Documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMS):

- g) Cartilha Ambiência. 2^a. ed, Brasília/DF, 2006.
- h) Decisões das Conferências Nacional, Estadual, Municipal de Saúde.
- i) ANVISA - Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

6.3.1 Critérios de inclusão

Compuseram o universo populacional do presente estudo os:

- a) Profissionais de saúde com nível superior de escolaridade, diretamente envolvidos com a prestação da assistência em urgência e emergência, categorizados entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e ouvidores. Foram selecionados um médico por plantão diurno e um médico por plantão noturno, em dias intercalados de uma mesma semana, incluindo pelo menos um dia de fim de semana, alcançando quatro médicos. O mesmo critério foi aplicado aos enfermeiros e aos assistentes sociais. O ouvidor é único.
- b) Profissionais de saúde com nível médio de escolaridade, diretamente envolvidos com a prestação da assistência em urgência e emergência, categorizados em técnicos de enfermagem. Os técnicos de enfermagem foram selecionados pelo mesmo critério de médicos, enfermeiros e assistentes sociais.
- c) Gestores da emergência. Serão entrevistados o diretor geral, o diretor clínico, o diretor técnico e os coordenadores de plantão.

A seleção dos sujeitos aconteceu de maneira mista, por sorteio e intencional, dependendo da quantidade e da natureza do papel exercido no serviço. Não se configura, dentro dos objetivos deste estudo traçar análises ou comparações quantitativas do perfil dos trabalhadores, e sim, acessar informações do processo de trabalho, condições de humanização e ambiência por meio de trabalhadores privilegiados.

Participaram deste estudo 07 (sete) enfermeiros, 04 (quatro) médicos, 01 (uma) ouvidora, 04 (quatro) assistentes sociais, 01 (um) diretor geral, 01 (um) diretor clínico, 01 (uma) diretora técnica e 07 (setes) técnicos de enfermagem, totalizando 26 (vinte seis) sujeitos investigados. Os trabalhadores se caracterizaram predominantemente pelo sexo feminino, sendo 22 (vinte duas) mulheres e 04 (quatro) homens, com idades que variam entre

25 e 65 anos, a maioria entre 35 e 55 anos e nesta pesquisa foram identificados por letras, sem identificação de sexo ou outra forma de identificação do sujeito. O tempo de atuação dos profissionais no hospital variou entre seis meses e 21 anos.

Vale salientar por fim, que todos os sujeitos selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando da aceitação do convite a participar da pesquisa (APÊNDICE D).

6.3.2 Critérios de Exclusão

No caso de um trabalhador sorteado não ter aceitado ser entrevistado, foi realizado novo sorteio. O estabelecimento de critério de exclusão, como, por exemplo, tempo de serviço, pode inviabilizar a pesquisa, dado o alto *turn over* de profissionais.

No presente estudo, os usuários estão excluídos dada a natureza do próprio serviço e as condições clínicas agudas e graves que constituem o perfil de uma emergência. Em futuro estudo, poder-se-á identificar os atendidos, que tenham sobrevivido ao quadro clínico, em suas casas, para entrevista retrospectiva.

7 CONTEXTO DA PESQUISA.

Nessa etapa foi realizado o primeiro contato com os sujeitos do estudo, sendo esse após a devida aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da UECE, assim como pelo Comitê de Ética do Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira. O primeiro contato com os gestores da emergência foi durante o plantão dos mesmos. Nesse contato inicial, foi apresentada a proposta, com devido acolhimento das manifestações dos sujeitos. Aprofundamos a aproximação com os trabalhadores e com os gestores, com vistas a ganhar o direito de entrada, na qual se preza pelo estabelecimento de relações de confiança.

Outro aspecto importante nessa etapa da pesquisa é a chamada etnografia prévia *prior ethnography* (GUBA; LINCOLN, 2011). Nessa empreitada, o pesquisador iniciou as atividades de observação, a qual foi desenvolvida uma descrição minuciosa a respeito do cenário do estudo, além de conversar com os profissionais, buscando encontrar lideranças e se inserir na rotina dos profissionais.

8 INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

8.1 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Do ponto de vista metodológico, dentre outras classificações e pensando em dois extremos, a entrevista pode se configurar como não estruturada, aberta, em profundidade ou não diretiva, na qual o entrevistador se liberta da ordem rígida dos assuntos a serem tratados, seguindo um roteiro invisível o qual não possui caráter de cerceamento da fala dos entrevistados; ou em entrevista fechada ou questionário, que possui foco na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, com caráter fechado, com questões todas previamente definidas (MINAYO, 2008).

Na perspectiva desse estudo, os primeiros entrevistados possuíram um roteiro menos estruturado, em que foi permitido aos sujeitos relatarem suas próprias questões, a partir da qual foram inseridos outros pontos nas entrevistas subsequentes, com a inclusão de temáticas inseridas pelos primeiros sujeitos. Assim, as entrevistas seguem com ganho de certa estruturação. Nesse sentido, as entrevistas foram semiestruturadas.

Para a entrevista semiestruturada, Minayo (2008) considera relevante fazer uso do instrumento denominado roteiro de entrevista, visto que essa entrevista pode se desdobrar em diversos indicadores essenciais, contemplando a abrangência das informações esperadas. O roteiro é um instrumento o qual o pesquisador se apropria fisicamente, todavia, questões outras podem surgir direcionadas ao alcance dos objetivos postos, não sendo, portanto, totalmente aberta, e nem totalmente fechadas (MINAYO, 2008). Assim, Triviños (1992) considera importante uma estruturação prévia da entrevista, com vistas a levantar questionamentos pensados anteriormente, e até mesmo aqueles emergentes do processo investigativo.

As entrevistas do tipo semiestruturada, de acordo com Fonseca (2002), dão mais importância à informação do que à standardização, isto é, a ordem e o modo das perguntas e a forma como o tema será conduzido não são previamente fixados, porém, buscam atingir uma série de objetivos específicos. Por isso, esta pesquisa usou este tipo de entrevista. Foi gravada em áudio mediante permissão dos profissionais participantes da pesquisa. As gravações ocorreram no próprio local de estudo.

8.2 PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

A observação é uma técnica de construção das informações que foi adotada em que o pesquisador/observador se colocou na situação de pesquisa, com a finalidade de realizar uma investigação científica, sendo considerada essencial no trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008). Essa técnica busca inserir o pesquisador no seu campo de atuação, de maneira que se aproxime do objeto de análise, onde nas observações se percebem elementos de grande importância, que não foram ditos na fala.

A simplicidade, por parte do pesquisador, é fundamental para o êxito de sua observação, pois ele é menos olhado pela base lógica dos seus estudos e mais pela sua personalidade e seu comportamento. As pessoas que o introduzem no campo e seus interlocutores querem saber se ele é “uma boa pessoa” e se não vai “fazer mal ao grupo”, não vai trair “seus segredos” e suas formas de resolver os problemas da vida (MINAYO, 2012).

O principal instrumento de trabalho de observação é o chamado diário de campo, que pode ser uma caderneta impressa ou um arquivo eletrônico, no qual são registrados fatos, impressões e deduções do pesquisador, fora do contexto das entrevistas. As informações escritas no diário de campo devem ser utilizadas pelo pesquisador quando vai fazer análise qualitativa. Nesse contexto, as observações devem ser registradas em todos os seus elementos, seja pela observação do ambiente, pela fala, diálogo e devem ser organizadas pela data, turno ou horário, para facilitar a análise por parte dos participantes da pesquisa e dos avaliadores.

Minayo (2012), ao citar Malinowski (1984), valoriza o processo de observação direta, distinguindo-o dos outros momentos do trabalho de campo, como os de depoimento dos entrevistados e os de interpretações e inferências do pesquisador. E diz: “Toda a estrutura de uma sociedade encontra-se incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano” (MALINOWSKI, 1984, p. 40). Neste caso, o instrumento de pesquisa selecionado para a coleta de dados nesse estudo de caso foi o de observação livre.

9 INSTRUMENTO DE INTERPRETAÇÃO.

A análise dos dados para Gil (1994, pág.166), “tem por objetivo organizar e sumariar as informações de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação”.

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 272):

O propósito da análise dos dados, independentemente do tipo de dado que se possui e da tradição que tenha orientado sua coleta, é o de impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser retiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de relatório.

Há de se ressaltar que a fase de análise dos dados, consoante Gomes (1995, p. 69), fundamentado em Minayo, apresenta três finalidades:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o com o contexto cultural da qual faz parte.

Com efeito, para proceder à análise dos dados coletados, os sujeitos da pesquisa foram organizados em seis grandes grupos: trabalhadores de nível superior, médicos (TSM), enfermeiros (TSE), assistentes sociais (TSA) e ouvidor (TSO); trabalhadores de nível médio, técnicos de enfermagem (TMT); e dirigentes hospitalares (DRH).

A análise dos dados teve como suporte teórico metodológico a análise de dados de Bardin (2009) e a fenomenologia de Paul Ricoeur (1976).

Bardin (2009) trás como proposta a Análise de Conteúdo que parte da apresentação de perguntas indutoras cuidadosamente elaboradas frente à estrutura de categorias a serem investigadas. As perguntas devem ser abertas para que o sujeito tenha a liberdade de expor os conteúdos de sua experiência. A interpretação, na proposta da Análise de Conteúdo, parte da classificação, ou seja de uma organização dos itens que tenham sentido ou fazem parte de um conjunto integrado dos fenômenos mencionados, e são analisados por meio de inferência. Em suma a proposta da teoria de Bardin (2009) teria inicialmente a organização das perguntas em categorias, e na sequência realizada a pré-análise, a exploração

do material, e o tratamento dos dados mediante inferência e interpretação.

As contribuições metodológicas de Paul Ricoeur (1976) partem do pressuposto de que a linguagem é uma expressão elaborada do sujeito sobre um fenômeno e que tem influência das experiências no mundo, logo tem uma concepção fenomenológica das ações humanas, que parte dos pensamentos sobre os eventos, que externaliza por meio de gestos, comportamentos e linguagem. Assim, a compreensão da linguagem verbal e não verbal passa pela hermenêutica, ou seja, pela compreensão linguística que serve de base para interpretação dos fenômenos, buscando a interpretação do conteúdo e um significado manifesto ou escondido.

As técnicas de interpretação pretende prover dados para análise de comparação das indicações da PNH e os achados no campo do caso, para diagnóstico do processo e recomendações.

10 DIMENSÃO ÉTICA.

O paradigma construtivista envolve riscos: o primeiro deles é o contato face a face, visto a aproximação existente entre avaliador e avaliado; o segundo é a dificuldade em manter a privacidade e confidencialidade, sendo os sujeitos previamente consultados para reprodução de seus discursos; o terceiro é a possível violação da verdade, visto os interesses relativos à avaliação; o quarto é a necessidade de negociações transparentes, a qual o engano é recusado, pela avaliação dos próprios sujeitos; e o quinto é em relação ao problema de inclusão/exclusão ou escolha das informações empíricas a serem trabalhados, visto que em geral os estudos de caso geram mais informações do que é possível incluir em um estudo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Tendo prévia identificação dos riscos, esses foram evitados, além disso, foram sucintamente explicados aos participantes, assim como os objetivos do estudo. Nesse sentido, foram garantidos os princípios éticos por parte do entrevistador destacados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que norteia as pesquisas que envolvem seres humanos. Consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), as informações necessárias para o objetivo da pesquisa, sendo preservada a identidade do pesquisado. Em seguida, os sujeitos assinaram o termo no qual declararão a aceitação de sua participação na pesquisa.

Para a unidade de saúde elencada no estudo, essas informações estão presentes no Termo de Anuência (APÊNDICE C), para que o pesquisador possa inserir de fato no cenário do estudo e realizar a pesquisa. Houve, outrossim, prévia apreciação e aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-SMSFor, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, da UECE

11 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta secção são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa que subsidiam a presente Dissertação, por categoria de análise. Por meio do estudo das narrativas dos participantes, bem como das observações registradas no diário de campo, foi possível identificar aspectos estruturais, relacionais, gerenciais e políticos envolvidos na produção do cuidado na instituição pesquisada.

As categorias que permitem a melhor visibilidade dos resultados encontrados e das discussões desenvolvidas são: a) humanização em saúde, b) atendimento na emergência, c) ambiente físico, d) organização do trabalho, e) ritmo de trabalho, f) relacionamento dos trabalhadores com os usuários, g) relacionamento dos trabalhadores entre si e h) relacionamento dos trabalhadores com a gestão. Havendo densidade relevante de informação, as categorias podem admitir discriminação referente aos grupos profissionais envolvidos: Enfermagem, Medicina, Ouvidoria, Serviço Social, Direção.

11.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

A categoria engloba os aspectos relacionados à gerência e à política de humanização hospitalar, que rege a produção do cuidado. “TE 5” informa não existir uma política de humanização implantada e acrescenta:

A gente tem a questão da humanização, do espiritualismo, que parte do profissional para o paciente, a partir da conversa, mas [não há] aquela coisa de ter um programa, tipo música para os pacientes que estão internados, atrações artísticas como acontecem em alguns outros hospitais, que tem um pouco mais de entretenimento para aquele paciente que está no hospital, em situação um pouco drástica, [isso] não tem.

Para “TE 3”, que se expressa de modo categórico, também não há:

Aqui nunca teve essa humanização, [assim, como política] nunca. Pode até partir de alguns profissionais, mas, no geral, no hospital em si, não.

Observa-se, portanto, que não existe uma política de humanização, como preconizada pelo Ministério da Saúde (MS, 2004), bem como não existe uma política institucional que

oriente para a resolatividade dos casos, a diminuição das filas de espera, a agilidade dos processos, a ampliação do conceito de ambiente para ambiência, de modo a favorecer a satisfação dos usuários em processo de tratamento e dos profissionais. Assim, a preocupação com o cuidado humanizado parte de iniciativas individuais, ou seja, de trabalhadores que apresentem características de personalidade mais sensíveis ao respeito à dignidade humana.

Como não há institucionalização, as iniciativas não são desestimuladas, também não são estimuladas, sobretudo não são monitoradas, em seus fluxos e processos. A ausência de diretriz deixa as práticas ao sabor da boa vontade, sem envolvimento da Direção administrativa, técnica e clínica. A observação do pesquisador também vai à mesma direção: não existe, de fato, interesse organizado pela temática, por parte da gestão local do hospital, para com a melhoria do atendimento em aspectos técnicos, estruturais físicos e relacionais humanos. Os trabalhadores parecem realizar suas atividades sem muita expectativa de melhoria ou de avanços nas habilidades relacionais e comunicacionais.

Ressalte-se que o comportamento de boa parte dos profissionais, no relacionamento com os usuários, precisa ser trabalhado de maneira a orientá-los para o respeito, a cordialidade, a educação, a boa comunicação, objetivando que o usuário se sinta respeitado em sua dignidade, e para isto é necessário que haja uma educação continuada de maneira efetiva, que traga a humanização como eixo. Se ambiência constitui um denso conceito teórico e político da política de humanização, vê que toda ela está falha, não apenas a ambiência.

Outro ponto a ser discutido envolve os relacionamentos dentro da instituição hospitalar. Eles podem refletir outros aspectos necessários aos comportamentos dos trabalhadores na instituição. As esferas de relacionamento envolvem os trabalhadores, entre si, com os usuários e com a gestão. Dada a natureza do serviço, o relacionamento trabalhador x usuário em agudo de crise cataliza a relação com os colegas e com a direção.

Para “O”, o atendimento ocorre da melhor forma, tendo o possível como medida:

Em relação aos enfermeiros, porque são dois enfermeiros e cinco técnicos por plantão, fica realmente complicado atender de 50 a 60 pacientes. Eu acho que eles ficam assim, pessoas afetadas até no psicológico. Mas, eu acho que eles se saem muito bem, pois, apesar de tantas dificuldades, eles conseguem um atendimento de qualidade, dar as medicações no horário, fazer os banhos nos leitos, fazer os curativos, o trabalho realmente consegue ser concluído. Então, [descontando as dificuldades] eu acho bom.

Outra afirmação, desta vez categórica, é a de “E 3”:

Acho que o atendimento depende muito do dia. Às vezes a gente consegue dar um atendimento melhor, mas hoje está impossível, pois a demanda está muito grande. Já tivemos 15 internações. Se o fluxo é menor, a gente consegue dar um atendimento um pouquinho melhor. Fora os internados que a gente tem, a gente continua recebendo os pacientes que chegam, né!? Porque é serviço de emergência e urgência, né!? Fora os muitos internados, a gente tem que receber os pacientes novos e tentar encaixar de tudo quanto é jeito. A qualidade vai se adequando à demanda, tentando fazer o melhor possível no atendimento.

O conjunto das falas indica capacidade de superação, entrosamento e amigabilidade na equipe de trabalho, além de preocupação com o usuário da instituição, sobre o pano de fundo de grandes dificuldades. O que cada fala destaca é o mérito individual, a boa vontade para superar obstáculo, não as condições objetivas de demanda, de infraestrutura e de política de pessoal.

Para Pereira e Fávero (2001), as relações atuam como um fator motivacional para o trabalhador, visto que se encontra em ambiente onde cada um precisa da ajuda do outro, as boas relações auxiliam na produção, deixando o dia mais leve e mais fácil. A qualidade das relações interfere diretamente na vida e na qualidade das ações prestadas ao usuário, porém más relações dentro do ambiente de trabalho podem gerar estresse e consequentemente um déficit na produção do cuidado (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Barros, Humerez, Fakihi & Michel, 2003; Oliniski & Lacerda, 2004; Abreu et al., 2005; Oliniski & Lacerda, 2006). A presente pesquisa encontra situação que corrobora o encontrado por estes autores.

Os resultados em relação aos bons relacionamentos são encontrados também em outros trabalhos como o de Batista, Vieira, Cardoso e Carvalho (2005), Elias e Navarro (2006). Já Marziale e Carvalho (1998) e Martins, Bronzatti, Vieira, Parra e Silva (2000) mostram as dificuldades geradas pelo que encontraram de mais comum: falta de interação, desunião, relações tumultuadas e conflitos pontuais ou intergrupais. A presente pesquisa encontra situação que contradiz o encontrado por estes autores.

11.2 ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA.

A funcionalidade ambiental, representada por infraestrutura, fluxo e circulação, deixa

transparecer grande dificuldade na prestação da assistência, pois o ambiente se encontra desorganizado, com falta de material, falta de manutenção dos equipamentos, havendo também necessidade de melhor condição de higiene. Todos fazem sugestões para melhoria do fornecimento do material, da eficácia e da organização do ambiente. Isto deixa claro uma necessidade de melhora e de recursos para o ambiente de trabalho.

No Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (“Frotinha de Parangaba”) a funcionalidade e o dimensionamento do atendimento na emergência são prejudicados pela arquitetura inadequada, subdimensionada, que não favorece o acolhimento digno do usuário. Vale ressaltar alguns espaços específicos, para melhor compreensão da situação.

a) Recepção:

A recepção tem um painel de vidro preto que não possibilita ao usuário ver o atendente e causa distância entre ambos. Há um espaço muito pequeno no vidro para passar documentos e receber o encaminhamento para o acolhimento, ou seja, o atendimento inicial é frio e impessoal, muitas vezes com descaso à dor e ao sofrimento do usuário. Na parte interna da recepção a estrutura física está comprometida, com piso quebrado, pintura desgastada, cadeiras dos profissionais quebradas, ergonomicamente inadequadas para o exercício da profissão.

Para “TE 4”, a situação é dura:

O hospital está muito sucateado. Tem dia que não tem nem médico e o atendimento não é receptivo.

Um atendimento de qualidade, desde a recepção, faz toda a diferença em uma instituição hospitalar, principalmente na emergência, local onde os usuários precisam de atendimento rápido, tecnicamente qualificado e humanamente acolhedor, pois essas características impactam diretamente na produção do cuidado objetivamente necessário e na satisfação, tanto dos usuários, como dos acompanhantes e dos próprios trabalhadores.

b) Acolhimento:

O acolhimento ou triagem de enfermagem é feito em uma sala, por duas enfermeiras em atendimentos simultâneos, não havendo privacidade e individualidade.

O que no fala “E 1”:

Aqui é o lugar onde você imprime a ficha do paciente. Aqui eles tentam fazer acolhimento, mas está faltando muita coisa, tanto é que tem duas pessoas atendendo dois pacientes com casos distintos em uma mesma sala. Eu fico conversando com o paciente e não entendo o que ele está relatando, [pela confusão com a fala do outro], então, sabe, fica aquela gritaria, e o meu não me escuta, ou escuta o que não perguntei para ele, o da colega não escuta ela, ou escuta o que ela não perguntou, e tem os próprios gritos de dor. Aí fica tudo muito ruim, a escuta fica impossível, o acolhimento também.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde, dentre estes o enfermeiro, devem aprender a exercitar na atenção o significado da palavra acolher, de forma que passe a significar uma ação plena do cuidado em saúde, envolvendo o quadro objetivo que levou o usuário para a emergência, mas também o contexto social de quem sofre: etnia, classe social, sexo/gênero, orientação sexual, faixa etária. A acolhida integra a lógica da determinação social da saúde e da doença.

A Lei 8080/90, tem, entre seus princípios, a integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Daí observar-se que a integralidade no cuidado deve se pautar pela consideração das peculiaridades do sujeito, sem afetar sua individualidade e integridade (GUALDA; BERGAMASCO, 1990).

A integralidade, base dos princípios do SUS, leva em consideração o processo saúde/doença das pessoas e sua cultura, uma vez que esta é o guia de como essas pessoas vivem e como podem se sentir melhor tratadas. Valorizando-se comunicação, crenças e escolhas de vida, o trabalhador da saúde pode atender melhor as necessidades dos usuários de forma integral e levar em consideração aquilo que ele tem de propriamente humano, sua dimensão social, afetivo e emocional (GUALDA; BERGAMASCO, 1990).

c) Consultório médico:

O consultório médico da emergência atende casos traumatológicos e clínicos agudos, com gravidade variável. O dimensionamento da oferta de atendimentos pela quantidade de médicos é baixa, ou seja, fica um médico traumatológico de plantão e se sobrecarrega,

atendendo muitas das vezes 80 usuários em quatro horas de serviço, o que gera demora e pressa extrema, desfavorecendo a resolutividade do caso.

Outro fator preocupante é a falta de médicos, relatada por “TE 2”:

Algumas vezes não tem médico suficiente na emergência, porque o que deve estar na emergência também atende os internados e também faz cirurgia, sem contar quando faltam, e muito.

Para “E 3”, a demora no atendimento é um grave problema:

Os atendimentos são demorados, não só pela complexidade dos casos, mas também pela demanda interna (das enfermarias) e externa (novos que chegam de fora), junto com o pouco número de médicos e suas faltas comuns. É ruim para quem está pra ser atendido na emergência, para quem está internado esperando a visita do médico, para os acompanhantes e para a própria equipe.

É necessário redimensionar a descentralização das emergências pela cidade e região metropolitana, ampliar a estrutura física, ampliar o quadro de médicos, incluir a humanização na educação continuada dos trabalhadores, inclusive dos médicos, e melhorar o estado do consultório, muito estreito para cuidado a crise aguda.

d) Salão da emergência:

O salão da emergência não surgiu com o propósito de internamento, mas devido à superlotação de usuários. A ideia chave era não negar atendimento. A solução paliativa acabou por ser definitiva, gerou um espaço com aparelho de ar condicionado subdimensionado, sem divisórias para os diferentes sexos, contendo somente um biombo, o que causa total desconforto ao usuário, no momento do seu banho na maca, por exemplo.

Para “DT”:

Se a gente atendesse apenas ao nosso público, do território de referência, a comodidade seria muito boa, apesar da nossa infraestrutura estar desgastada. A gente tem um hospital aqui do lado, muito bom, mas que está parado, por problemas de empreiteira da obra, de dinheiro, de burocracia. (...) Na verdade, a gente tem três hospitais aqui dentro, com três perfis de clientela. Se fosse só nosso território e nosso perfil, com pequenas reformas, nossa

comodidade seria excelente.

Observa-se que a demanda que surge na emergência é grande e que devido a estrutura física não comportar todos os usuários com comodidade e dignidade os problemas existenciais dos usuários e dos trabalhadores explodem e fica difícil, árdua, quase impossível, a gestão de pessoas.

e) Organização:

O ambiente é visivelmente desorganizado e feio de se ver. O pesquisador relata, em seu Diário de Campo, as precárias condições de pintura, sinalização, móveis, acondicionamento de materiais e tamanho exíguo das salas. Essa observação corrobora a fala de “GE”:

Não podemos ter um ponto de vista, mas estarmos juntando olhares com olhos bem abertos, a Gerência de Enfermagem, o SAME, os técnicos, a Direção, porque os fluxos são interligados e a gente tem muita dificuldade mesmo de implantar algum fluxo coerente aqui. O fluxo de cada setor se bate com o fluxo dos outros, nenhum está alinhado com o outro, assim nunca vai dar certo. Está faltando visão geral, pensar as coisas numa reta só, ah, isso falta mesmo. O serviço está desorganizado...

Ressalte-se que a Direção do Hospital deve, em regra geral, coordenar e normalizar seu meio laboral e institucional. É finalidade da Administração atingir os objetivos institucionais por meio do esforço coordenado das pessoas, a partir do planejamento, da organização e do controle. O que aparece é o colapso da coordenação.

f) Higienização:

A necessidade de melhor higiene é colocada em discussão por “A 1”:

Tem dias que você entra aqui no hospital e sente um odor forte, mas não é um odor de hospital, é um odor de sangue coagulado. Parece não haver material para que a zeladoria faça a limpeza de forma apropriada.

Pelo Diário de Campo, ressalte-se também a presença de resíduos de alimentos no

chão, pisos encardidos, azulejos sujos, lâmpadas empoeiradas.

A pesquisa não encontra expressão das possibilidades de cuidado integral, humanizado, com ambiência cuidada, na situação concreta do serviço investigado, na recepção, na sala de atendimento inicial (“acolhimento”), no consultório médico, no salão de emergência, na organização geral e na higienização.

11.3 AMBIENTE FÍSICO.

Essa categoria foi construída para organizar as vivências dos participantes a respeito do local onde os profissionais trabalham e os pacientes são hospitalizados, e ainda as formas como este trabalhador e usuário se encontram no ambiente.

a) Aspectos negativos

A insatisfação com o espaço edificado decorre do que é percebido como negativo em relação ao que ele proporciona aos seus funcionários e usuários, inerentes a humanização, à organização do ambiente, sua higienização, climatização e da própria adequação da estrutura física, demonstrando o descaso da instituição com os profissionais e usuários.

Em relação à estrutura física, “E” relata:

Aqui é difícil, na emergência tem uma parte que não tem piso, não tem estrutura alguma, tem algumas macas quebradas, tem paciente que está com desconforto respiratório e não tem ponto de oxigênio, não tem fluxômetro, faltam macas e temos pacientes internados em cadeiras.

A fala de “O” não deixa dúvidas:

Existem muitas reclamações, em relação aos pisos quebrados, eu até já passei para a direção, ontem mesmo, quando eu estive na sala da diretora técnica, eu levei essa demanda e passei o caso das cadeiras de rodas quebradas e da falta de suporte para soro. As pessoas, usuários ou trabalhadores apresentam demandas na Ouvidoria, que as encaminha para a Direção, daí são repassadas para a Manutenção.

A falta de manutenção foi observada nas notas de campo pelo pesquisador, principalmente na parte do piso quebrado, telhado com reboco caindo, paredes marcadas por rachaduras e sujidades.

Figura 1 - Salão da emergência.



Fonte: Elaborada pelo autor.

A insatisfação é descrita como o descontentamento com o local de trabalho, que teve um resultado negativo em relação à estrutura, conforme relata “AS 2”:

Em primeiro lugar, essa emergência, é um caos. Como é que um paciente que está com pneumonia fica em um leito, ao lado de um idoso, que muitas vezes só luxou o braço, veio fazer uma cirurgia e de repente tem grandes possibilidades de pegar outra doença?

Não basta somente receber o usuário, é necessário ofertar condições humanas e técnicas aprovadas pela legislação, a fim de que não haja maior dano à saúde do usuário.

Pelo que afirma “GE”:

Muito a desejar, um prédio muito antigo, vários problemas de infraestrutura, ambiência hospitalar não adequado às funções, não temos piso adequado, revestimento de parede adequado, iluminação adequada, maquinário adequado, maquinário que eu digo é cama, suporte de soro, eletrodos, suporte de oxigênio, para que a gente possa dar um conforto melhor ao usuário e ao próprio funcionário, que para manuseio não tem. Muito a desejar essa parte da ambiência, da estrutura física, mobiliários muito antigos, enferrujados, precisando de manutenção.

Mais uma vez, as fotografias que compõem o Diário de Campo corroboram a fala.

Figura 2 - Salão da emergência.



Fonte: Elaborada pelo autor.

A funcionalidade foi observada e descrita no Diário de Campo em relação à falta de maquinário e equipamentos na emergência. Observa-se que o piso em sua grande parte está quebrado, dificultando o transporte de macas e cadeiras de rodas, bem como proporcionando um maior risco de contaminação bacteriana e as subseqüentes infecções. Ressalte-se que grande parte das paredes estão quebradas, sujas e mofadas e os tetos com buracos nos forros e ou rebocos caindo.

Figura 3 - Equipamentos e maquinários



Fonte: Elaborada pelo autor.

Percebe-se, também, os banheiros mal higienizados, pias de lavar as mãos com torneiras quebradas e inadequadas para o uso correto de limpeza das mãos, de maneira que não aumente a infecção hospitalar.

Figura 4 - Banheiros masculino e feminino dos usuários



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os consultórios médicos e de enfermagem encontram-se na mesma situação, com pisos quebrados, paredes sujas e mofadas, tetos com reboco caindo, portas sujas e com trincos quebrados.

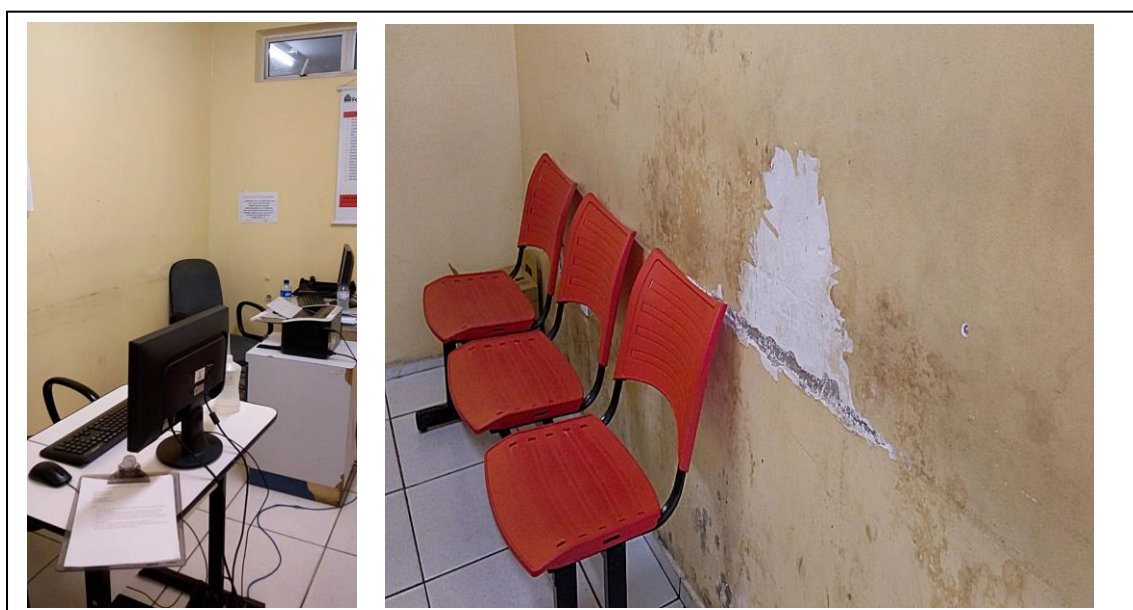
Figura 5 - Consultório de enfermagem e medicina



Fonte: Elaborada pelo autor.

A sala de acolhimento (triagem) das enfermeiras encontra-se com, paredes sujas e morfadas, portas sujas e com trincos quebrados. Não há individualidade no atendimento, em uma única sala duas enfermeiras fazem o acolhimento e dois pacientes são atendidos no mesmo momento, ficando a sala lotada com familiares e sem cadeiras para acomodação.

Figura 6 - Sala de acolhimento



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dois quartos de isolamento são separados do salão da emergência por uma cortina de plástico, que fica na porta dos quartos, muitas vezes abertas, o que desfavorece o isolamento e coloca em risco tanto o usuário em isolamento, como o internado no salão, além disso, são quartos com iluminação ruim, paredes sujas e quebrados.

Figura 7 - Quarto de isolamento do salão de emergência



Fonte: Elaborada pelo autor.

O corredor que dá acesso ao salão da emergência é preenchido por macas, cadeiras de rodas e bancos, o que dificulta o acesso. Portanto, é precário o atendimento aos usuários internados e que não há suporte para receber novos usuários de urgência, em determinados casos e dias.

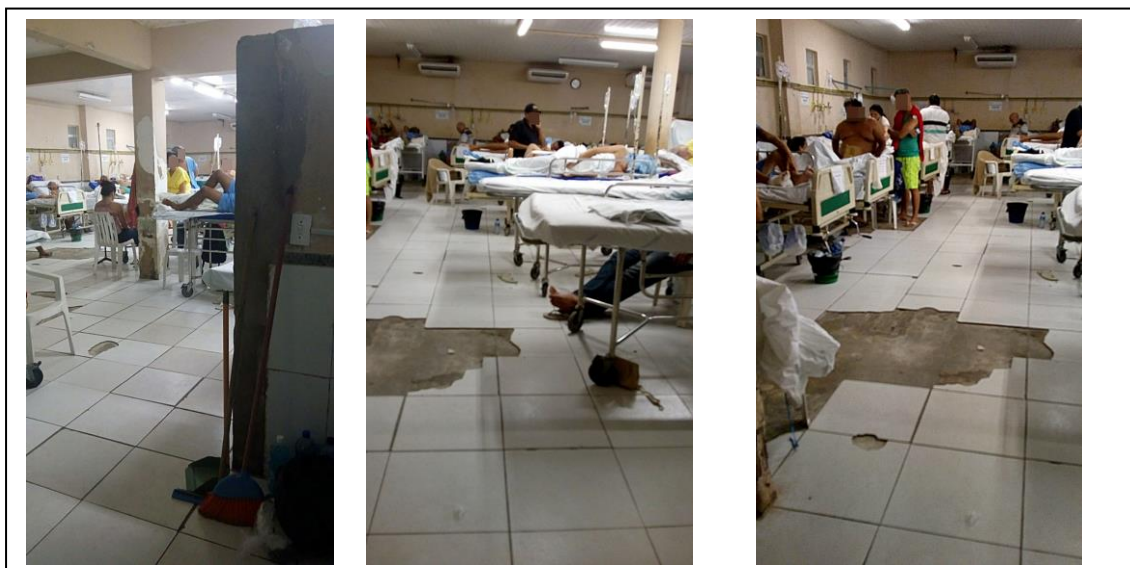
Evidencia-se para “M1”, que:

Eu já tive de brigar com médico, fechar a porta de UTU, porque o médico do SAMU queria deixar o paciente e ir embora, sem ter a menor infraestrutura, sem ter suporte medicamentoso, técnico. Já foi chamada a polícia para mim, inúmeras vezes. Chegou-se a um ponto da gente, profissional de saúde, ter de brigar com outro profissional de saúde, quando o problema é da infraestrutura.

Os relatos vivenciados pelos trabalhadores retratam que, dentro do próprio sistema de saúde pública, os mesmos discutem e até se agredem verbalmente por terem que atender aos usuários e não terem estrutura física e equipamento para a demanda. O atual cenário é precário e muito prejudicial para o usuário, onde muitas vezes não é visto com o olhar

humano e resolutivo para sua necessidade, devido à própria ineficiência e ineficácia da rede de atendimento, resultando também em sofrimento para os trabalhadores que permanecem sensíveis.

Figura 8 - Imagem geral do salão de emergência



Fonte: Elaborada pelo autor.

No Diário de Campo registra-se que a sala de pequena cirurgia é quente, com paredes sujas, piso quebrado e ar-condicionado quebrado.

Figura 9 - Imagem geral da sala de pequenas cirurgias



Fonte: Elaborada pelo autor.

Ressalte-se ainda, o desconforto térmico e visual existentes na emergência, conforme descritos abaixo:

a) Desconforto térmico (Calor)

O desconforto térmico acontece devido a climatização insuficiente, o que torna o ambiente abafado e desconfortável, ou seja, a emergência, que tem, em média 35 usuários internados no salão e de 15 a 25 usuários em atendimento provisório nos corredores, havendo um único aparelho de ar-condicionado, com potência muito fraca, sem acesso a ventilação natural e sem ventiladores.

Nas observações contidas nas notas de campo, a climatização insuficiente é observada, assim como na fala dos participantes, apontando a circulação de ar insuficiente, conforme ressalta “E1”:

Só existe um ar-condicionado no salão da emergência e muitas vezes esse funciona mal ou está quebrado. O calor é estressante para os pacientes, para os profissionais e quando o ar-condicionado quebra não tem ventilador disponível no hospital para os pacientes.

O desconforto no ambiente de trabalho é observado pelo pesquisador e exposto nas notas de campo. Em algumas áreas há falta de ar condicionado, falta de janelas e abafamento do ambiente, acometendo usuários e trabalhadores.

Percebe-se que existe uma situação peculiar de desconforto e descaso da gestão municipal e local, para com os usuários e trabalhadores, pessoas e cidadãos que merecem o mínimo de respeito às suas dignidades humanas e políticas, o que não é proporcionado pelo “Frotinha de Parangaba”.

Além da estrutura física estar inadequada, as medidas e a distribuição de maquinários, pelas salas disponíveis são não ergonômicas, como destaca “M 1”.

Aqui a gente merecia uma instalação física estruturalmente bem mais adequada. Tanto no ponto de vista do conforto dos pacientes, que esperam duas a três semanas, ou mais, pra serem submetidos a um procedimento cirúrgico. Hoje teve quatro cirurgias, por exemplo. Isso num controle de danos, porque não tem leito pra recuperação anestésica, aí o paciente tem que ficar fazendo recuperação anestésica dentro da própria sala cirúrgica. Muitas vezes o profissional se arrisca. O ideal seria ter uma sala de recuperação própria.

A afirmação de “M 1” é dramática:

De mal a pior. Por exemplo, não pude receber um paciente porque não tinha ponto de oxigênio e o chefe do SAMU me liga e me pergunta se eu não conheço a portaria 2048, que é a portaria que eu não posso me recusar de atender paciente. Eu disse para ele que não estava me recusando de atender e que ele já havia ligado para o Diretor do Hospital e comunicado que se o hospital estava lotado, que o hospital fechasse. Ressaltei que eu não poderia atender porque eu não tinha ponto de oxigênio e que ele me desse o número do CRM dele e o local onde o paciente estivesse, que o SAMU iria trazer e ia fazendo fila e que os que fossem morrendo e a família viesse pra mim, eu iria falar da Portaria e iria mandar falar com ele.

a) Desconforto visual

O desconforto visual é delimitado pela ausência de cores e pela iluminação insuficiente que causa no usuário e no trabalhador um mal-estar. A distração para o usuário institucionalizado e para o profissional também incide sobre o seu bem-estar.

Em relação à estética e à decoração do ambiente hospitalar, não foram encontrados aspectos satisfatórios. Essa dimensão foi observada e descrita nas notas de campo como fatores físicos e visuais que promovem a distração momentânea do usuário e do trabalhador, como elementos de decoração, quadros, pinturas e gravuras.

A Resolução N° 50, de 21/02/2002, do Ministério da Saúde (MS, 2002), dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente. Entretanto, em alguns casos, o fato de determinada atividade ser realizada, não garante a existência de ambiente específico para esta, pois a atividade eventualmente pode ser executada junto com outra atividade em outro ambiente.

Os ambientes em cuja coluna de quantificação aparecem numerais ou fórmulas matemáticas identificando a quantidade mínima destes, são obrigatórios, ou seja, quando a unidade existir, assim como a atividade correspondente, estes têm de estar presentes. Os demais são optativos, segundo o tipo de estabelecimento.

Os ambientes de apoio podem ou não estar dentro da área da unidade, desde que de fácil acesso, salvo exceções explicitadas entre parênteses ao lado do nome do ambiente, assim como podem ser compartilhados entre duas ou mais unidades. Unidades de acesso restrito, como centro cirúrgico, centro obstétrico, hemodinâmica ou UTI, por exemplo, têm seus ambientes de apoio no interior das próprias unidades. Os aspectos de quantificação, de

dimensão e de instalações dos ambientes de apoio encontram-se detalhados nas tabelas das unidades funcionais específicas desses.

A Resolução, cuja síntese foi feita acima, incorpora a tradição de obras, do Ministério da Saúde, os padrões de planta de construções hospitalares, incluindo nelas as recomendações ergonômicas de circulação, as administrativas de fluxo de serviços, as de segurança sanitária das normas de vigilância e as de humanização do cuidado. Pela informação dos sujeitos e pelas observações do pesquisador, registradas no Diário de Campo, praticamente nenhuma das recomendações são atendidas.

11.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.

A sugestão para melhoria do espaço útil está relacionada com uma melhora do espaço físico da emergência do hospital e consequentemente com a organização do trabalho. As entrevistas dos participantes “M”, “E”, “O”, “AS”, “TE”, “DT”, “DC”, “DG” coincidem com a necessidade de um aumento de espaço físico do hospital, de uma reformulação da regionalização, da organização interna e da resolutividade nos processos de trabalho. Destaque-se a fala bem discriminativa de “GE”:

Ele é até funcional, porque pelo número de atendimento a gente só perde em número de atendimento para o do Instituto José Frota-IJF, central, contando que o nosso bairro aqui é muito populoso e muito perigoso, então a demanda aqui é muito grande. Cirurgias a gente opera tanto quanto o IJF, então [nesse sentido, nosso hospital] é bastante resolutivo. Então se ele tivesse a ambiência, a estrutura, o conforto e a política de humanização implantada o nosso atendimento iria lá para cima. Pelo pouquíssimo que a gente tem, a gente faz muito, a gente é resolutivo, claro que a gente barra com um paciente que não é do nosso perfil, é terciário e tem que ser transferido e a gente não consegue transferência, porque a rede está lotada, né, mas os que chegam aqui [e são do nosso perfil], somos resolutivos, apesar de todo o problema do hospital.

Ao que se refere organização e processos de trabalho, afirma, “DC”:

Eu acho que nós somos democráticos. Aqui todo mundo tem o direito de vez e voz, aqui todo mundo tem o direito de estar ou não estar, não se coage ninguém, então eu acho que nós somos democráticos.

Afirma-se o caráter subjetivo de reflexão ao desenvolver questionamentos a partir das

pessoas implicadas nesse ambiente de trabalho, sendo ao mesmo tempo, por ele influenciadas e transformadoras do mesmo. Acredita-se que a organização do trabalho deva se dar em função da pessoa que nele há de habitar e desenvolver suas atividades laborais, atentando para os aspectos subjetivos e objetivos, implicados nisso.

Ressalte-se que a ambiência isoladamente não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma ferramenta que contribua para as mudanças, por meio da coprodução dos espaços aspirados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho.

11.5 RITMO DE TRABALHO.

A instituição hospitalar, o trabalho e a própria internação podem causar o estresse no profissional e no usuário, conforme relata “M 1”:

Meu Deus do céu! Sinceramente falando, eu acho isso aqui totalmente desumano. A política hospitalar e a política pública mudaram muito da minha época de Graduação pra hoje. A nossa [prática da] política de saúde está cada vez pior e mais desumana. Eu venho para este hospital como se eu viesse para uma guerra, onde às vezes eu tenho de escolher quem vai viver e quem vai morrer, e isso pra mim é desumano demais.

O mesmo afirma “E 3”:

A demanda é grande, eu tenho pacientes na emergência a dois meses esperando uma transferência, porque aqui não faz a cirurgia de fratura de fêmur, então acaba superlotando. Acho que tenho cinco pacientes esperando transferência com fratura de fêmur, fratura de úmero, que são cirurgias que não são feitas aqui.

Ambos os sujeitos relatam que a demora no atendimento causa estresse no paciente, o que fica claro em suas falas.

O estresse profissional é citado pelas falas dos participantes “M”, “E”, “TE 5”, como estresse que é gerado pela própria profissão. A fala de “M 3” é mais explícita quando descreve seu estado e como lida com o problema do atendimento:

O atendimento é direto. A gente vai para o almoço e na volta já tem muitos pacientes pra atender e é direto, senta aqui e não para mais de atender, vai

atendendo direto, não para literalmente, em uma manhã se atende em média 80 pacientes.

A dificuldade de prestar assistência também constitui fator de estresse, o que é bem caracterizado por “TE 3”:

Tem que improvisar, então a gente improvisa, mas se chega alguma coisa nova aqui, aí não tem estrutura, não tem aparelhagem, daí tem que pedir emprestado de outro hospital e o paciente, às vezes, grave, [pode morrer].

E ainda há o estresse causado pelo ambiente, conforme “DC”:

[O ambiente] é importante, porque a gente fica fechado, a gente não sabia de nada e isso gera até um estresse pra gente, a gente não sabe, daí a gente sai aí de fora o clima tá totalmente diferente.

Comumente, a intensificação do trabalho é definida pelo incremento da relação entre quantidade de ações e bloco de tempo. Para Dal Rosso (2008), que centra seu entendimento na maior ou menor quantidade dos resultados do trabalho em tempo pré-estabelecido. Em outro trabalho (PINA; STOTZ, 2014), chama-se a atenção para os problemas em situar o entendimento da intensificação unicamente em termos de magnitude e como um resultado, pois conduz a investigação a estudar dois momentos isolados no tempo. Isto é, para saber se o trabalho atual, em relação a um determinado momento anterior, há mais, menos ou igual intensidade, expressa em termos de horas trabalhadas, ritmo, acúmulo de tarefas ou flexibilidade, por exemplo. E, a partir da comparação entre esses dois momentos, identificar e estabelecer conexões com os efeitos deletérios à saúde.

Ao considerar a intensificação do trabalho como uma dimensão social particular da exploração capitalista, distinta da produtividade e do prolongamento do trabalho, o que se destaca é o processo contraditório pelo qual se produz e se obtém o maior *quantum* de trabalho (PINA; STOTZ, 2014).

Quer dizer, a intensificação está enraizada em práticas de exploração e expropriação que afetam o trabalhador no processo de trabalho. Isso denota a complexidade da relação entre intensificação do trabalho e saúde enquanto objeto de estudo. Pois, de um lado, encontra-se uma diversidade de dimensões do processo de trabalho implicadas na intensificação, tais como o ritmo de trabalho (GOLLAC; VOLKOFF, 2007), as formas de

reorganização do tempo de trabalho (PINA; STOTZ, 2011), a gestão por *performance* (BÁRTOLI; ROCCA, 2006), ou a administração por *stress* (PARKER; SLAUGHTER, 1995), isto é, o *stress* como instrumento de gerenciar aumento de produtividade pelo incremento da pressão permanente sobre os trabalhadores.

De outro lado, há uma pluralidade de problemas e agravos à saúde implicados na intensificação, manifestos em acidentes de trabalho (FAIRRIIS; BRENNER, 2001), lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) (FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010), transtornos psíquicos e problemas cardiovasculares (DERIENNIC; VÉZINA, 2006); também em sofrimento e penosidade pela violência das práticas de gestão ou pela degradação da qualidade do trabalho afetar a identidade profissional (DAVEZIES, 2007).

A penosidade emerge da dificuldade dos indivíduos em lidar e acompanhar as seguidas injunções que redefinem seu trabalho. Linhart (2011) refere-se à desestabilização dos coletivos e dos valores comuns dos assalariados para conter ou acomodar os esforços e os desgastes. Pela experiência histórica dos trabalhadores, os coletivos podem reduzir o sofrimento e o desgaste tanto pela ajuda mútua quanto por situá-los em relação à exploração e à dominação no trabalho, ou seja, ao conferir-lhes um sentido coletivo. Em consonância, o objeto intensificação do trabalho e saúde pode ser definido e estudado pelas práticas específicas de exploração e expropriação tendentes a enfraquecer a capacidade coletiva do trabalhador para proteger sua saúde e para questionar as determinações dos problemas e dos agravos à sua saúde, no que se refere a ergonomia (PINA; STOTZ, 2014).

Periculosidade, insalubridade e penosidade são categorias clássicas na pesquisa sobre saúde mental e trabalho e os problemas evidenciados pela literatura técnica são grandemente confirmados pelo campo da presente pesquisa. Fica evidente, nas observações transcritas no Diário de Campo, também na opinião dos sujeitos, um dimensionamento insuficiente da equipe, em relação ao volume de trabalho e à sua natureza, isto é, o trabalho com o sofrimento humano em extrema vulnerabilidade, conforme expõe “AS 2”:

Em 2011, o Frotinha da Parangaba passou a ser referência em traumatologia, isso eu ouvi do gestor na época, para desafogar o IJF, íamos receber os traumas de Fortaleza. Acontece que de sete pacientes traumatológicos que a gente tinha, passou-se para 35, 40, 45. Subiram muito os casos clínicos e cirúrgicos. Então ficam não só no salão, mas nos corredores, onde dá a gente vai colocando macas e pacientes e isso agrava as condições da ambiência, da dignidade dos pacientes e da dignidade dos profissionais também.

Observa-se que a demanda de usuários dos serviços de traumatologia, cirurgia e clínica, subiu consideravelmente, enquanto a estrutura física permaneceu em seu dimensionamento primitivo de abrangência espacial. A construção de um hospital anexo, ao lado do prédio original, resultou em obra parada, “elefante branco”, invertendo a lógica da canibalização de equipamentos, com o prédio em obras servindo de estoque de material de reposição para o hospital antigo: portas, janelas, lâmpadas, telhas são retirados do novo para repor o desgastado no antigo. Há outro paradoxo: como existe um em obra, o governo municipal não pode investir mais no antigo.

Houve também outra colocação, sobre os banheiros dos usuários, que não possibilitam a execução do banho, como relata “E 1”:

Os banheiros são inadequados, os azulejos estão quebrados, as torneiras também, a higienização deficiente.

Esses trabalhadores constataam problemas no espaço edificado como a falta de aplicação dos critérios ergonômicos, com dimensionamento adequado das áreas, da circulação de ar, da incidência de luz. Diante desses aspectos, comprova-se que o trabalhador necessita de um ambiente de trabalho que o satisfaça de forma a colaborar com a produção do cuidado e eles sugerem: melhorias do espaço, decoração de ambientes, aumento da equipe, aplicação das regras de acolhimento.

A qualidade de vida do trabalhador é influenciada por todos os aspectos relacionados ao trabalho. Os trabalhadores anseiam por relaxamento e melhoria profissional. A principal colaboração do trabalhador está no diagnóstico dos problemas e sugestões de melhoria, mas ele não tem sido ouvido. Às vezes, um conhecimento empírico sobre dimensionamento, por parte de um trabalhador, pode tornar a projeção de um ambiente muito mais saudável e produtivo, no caso de um hospital pode mudar a vida do trabalhador e do usuário.

11.6 RELACIONAMENTOS HUMANOS.

A categoria foi construída a partir de códigos que manifestam os aspectos das relações interpessoais entre os trabalhadores e os usuários, dos trabalhadores entre si e dos trabalhadores com a gestão.

11.6.1 Relacionamento dos trabalhadores com os usuários

a) Aspectos positivos:

Dentro do ambiente do hospital, as relações estabelecidas fazem com que o foco seja a relação entre o trabalhador, não qualquer trabalhador, mas o de saúde em serviço de emergência, e o usuário, não qualquer usuário, mas uma pessoa em situação aguda de vulnerabilidade, com risco eventual de morte. Daí torna-se necessário distinguir se o trabalhador exerce suas habilidades técnicas, comunicacionais e relacionais, nesta situação especial de cuidado. Na presente pesquisa, estas relações são colhidas a partir dos relatos dos sujeitos entrevistados e do Diário de Campo do pesquisador.

Do que fala “AS 1”, destaca-se:

É necessário ter diálogo com o usuário. Uma avaliação perceber a realidade dele, a objetiva e a subjetiva. Mas, não se percebe a necessidade do usuário, porque não [temos tempo para] a escuta. É importante ouvir mais e dar um retorno para os mesmos.

A maioria dos conflitos acontece em virtude da dificuldade que se tem em ouvir e compreender o outro. Tem-se o hábito de julgar o outro a partir dos próprios valores, esquecendo-se de respeitar as diferenças individuais, com isso a dificuldade em ouvir o outro aumenta, principalmente se existem pontos de vista divergentes.

Os trabalhadores demonstram iniciativa para melhorar a organização dos leitos, os equipamentos, a circulação, os fluxos de passagem pelos leitos, a realização de exames, porém vivem de impressionismos e espontaneismos no que tange às relações. Parece até possível o imprevisto de técnicas e materiais, mas, no caso das relações, parece ser necessária uma criatividade treinada, da qual estes trabalhadores se ressentem.

A iniciativa pessoal para a melhora da organização das acomodações dos usuários é colocada como melhora do atendimento, tal como informa “GE”:

Já fiz algumas pesquisas em arquiteturas hospitalares, já pensei em várias formas e busco soluções de menor custo com maior benefício.

Vários trabalhadores como “M x”, “E”, “TE x”, “O” e “AS x” demonstram preocupação com o usuário, tanto com o bem-estar físico como o mental, conforme. E assim

se expressa “O”:

Tenho facilidade de receber o público, tenho facilidade de comunicação, então eu acho que é [meu relacionamento] ótimo. Mas, é esforço pessoal.

Para “M 4”, a humanização pode ser dada pela construção de uma relação de amizade, inevitável, neste tipo de relação de cuidado:

A gente acaba sendo amigo do paciente, acaba entrando na vida dele, porque a gente tá o tempo todo com ele, mas, depois, se ele vai a óbito, fica difícil...

Este depoimento toca um paradoxo. Afetivar a relação é absolutamente necessário, mas como e quanto afetivar? Se pouco ou nada, o trabalhador perde o poder de cuidar. Se muito, o trabalhador vira refém da paixão e sofre cada perda. A gestão de pessoas, envolvida nas carências e precariedades objetivas, sequer concebe cuidar da saúde mental dos trabalhadores da saúde, sobretudo os de emergência, onde pode se reproduzir uma linha de montagem de perdas.

b) Aspectos negativos:

O pesquisador observou e registrou no Diário de Campo expressões de indiferença, beirando a hostilidade entre trabalhador e usuário. Um usuário estava deitado no chão do corredor da emergência, com a cabeça sangrando, vários trabalhadores passavam ao seu lado, desviavam um pouco o caminho para não tropeçar nele, que ele não estava em maca, sequer em cadeira comum, e não olhavam, sequer para demonstrar uma preocupação com a situação. Pareciam se proteger da impotência. Aí se percebia, em meio às expressões de dor, um lampejo de hostilidade real, crua, do usuário e dos acompanhantes para com o trabalhador. O registro do pesquisador é corroborado pela fala de “E 3”:

Tenho calma, sou paciente, muito paciente, nunca tive algum atrito não. Só às vezes. Com alguns mal-educados que chegam e ficam falando um monte de coisa, eu não me altero, mas também não fico de boca calada. Reclamação mesmo, direta comigo, nunca ouvi.

Para “O”, o problema é grave:

Privacidade? Isso não tem mesmo, devido à falta de espaço. E na hora do banho no leito o pessoal acaba expondo o paciente, mesmo com os biombo,

porque eles são pequenos, não dá para arrodear todo o leito. O profissional, observo bastante, procura estabelecer relação de respeito, o que falta é a proteção da privacidade que o ambiente não permite.

Pouco tem se avaliado e discutido sobre privacidade na saúde, embora seja um direito humano incluído em todos os debates sobre humanização do cuidado. Entretanto, observam-se inúmeras situações desconfortáveis e de conflito por falhas à sua proteção, sobretudo quando o cuidado envolve a região íntima. Entre médicos e enfermeiros o conflito é duro, pois a prática contradiz os próprios códigos profissionais de valores. A invasão da privacidade fere a dignidade.

11.6.2 Relacionamento dos trabalhadores entre si

Para participar da resolução de deficiências, os trabalhadores sugerem uma melhora do relacionamento interpessoal, associado a uma melhor comunicação, sem ruídos, sem apelo à informalidade perversa da fofoca, pela construção de diálogos em todos os níveis hierárquicos. A fala de “AS 1” é enfática:

Às vezes tem desentendimento, porque aquela emergência toma muito a cabeça da gente, entendeu? Isso ali acaba com o psicológico de qualquer um. Tudo é tão cansativo que o pessoal, parece, se estressa do nada. É muito cansativo, é muito corrido, é muita pressão, aí às vezes a gente não aguenta e se estressa mesmo, pode até explodir, não tem como evitar.

A interação socioemocional pode favorecer o resultado do trabalho e as relações interpessoais. Se os processos são construtivos, a colaboração e o afeto predominam, o que possibilita a coesão do grupo. Caso contrário, o grupo passa a ter conflitos internos. O que se observa é que para trabalhar bem, e em grupo, as pessoas precisam possuir não apenas competências técnicas para realizar suas funções, mas também várias natureza de competência emocional. A harmonia consigo mesmo, a autoaceitação e valorização, o bem-estar físico e mental, proporcionam um equilíbrio na relação com o outro. Muitas vezes, as dificuldades que surgem na relação eu-outro são causadas pelo não equilíbrio da relação eu-eu. Portanto, é fundamental o equilíbrio eu-eu, para que se possa estar bem com os outros.

11.6.3 Relacionamento dos trabalhadores com a gestão

a) Aspectos positivos

O relacionamento interno da equipe de trabalho envolve uma amigabilidade entre os trabalhadores, o que favorece melhora na comunicação e no ambiente de trabalho.

Os sujeitos “M”, “E”, “O”, “AS”, “TE”, “DT”, “DC” e “DG” concordam que o ambiente de trabalho saudável deve possibilitar boas relações entre os trabalhadores e a gestão e vice-versa. Deste modo, “O” coloca:

Meu relacionamento com a gestão (...) é maravilhoso. Sou muito bem recebida pelas três diretorias. Na verdade eu tenho esse vínculo desde quando trabalhei no RH. Graças a Deus, o relacionamento é ótimo.

Para “E 3”, há boa disponibilidade:

É ótimo. A direção está sempre disponível para receber, tanto elogios, como reclamações e sugestões. Eu não tenho dificuldade de chegar até a Gerente de Enfermagem. A Diretora Técnica, sempre está lá na emergência, tentando melhorar o serviço. Com o Diretor Geral, na sei, nunca tentei falar.

O relato de “M x” é claro:

O relacionamento com a gestão é bom. Eles sabem que tem o problema, sabem que não podem dar jeito, mas pelo menos se prontificam e têm boa vontade de querer ajudar.

Fica evidente o uso dos verbos “tentar”, “prontificar” e “querer ajudar”. Destaque-se o “não sei, mas não tentei”, “é bom, graças a Deus”, “não podem dar jeito, mas se prontificam”.

b) Aspectos negativos

Observa-se, pelo menos no discurso, a vontade de uma gestão participativa e democrática, no âmbito do poder municipal, entre a administração local e a da Secretaria

Municipal de Saúde, que no entanto, não se realiza.

Registre-se o relato de “O”:

É uma relação um pouco distante. Na ordem prática do trabalho as questões são resolvidas muito de cima para baixo. Eu nunca participei de uma reunião na Secretaria, enquanto Técnica. Eu fui para uma reunião para representar a chefe. As grandes reuniões são somente com os gestores, mas tem certos momentos, que o profissional que está na ponta precisa ser ouvido, porque é ele que vive o processo de perto.

Para “E x”, também os problemas são internos ao serviço:

A Gestão [daqui] poderia ser mais ativa na questão dos profissionais que não fazem seu trabalho bem feito. Não há um chamamento deles e também em relação a protocolos de atendimento, de demanda, de fluxo. Isso é primordial aqui, mas tudo está defasado ou não existe. Um ponto negativo da gestão é esse, mas se a gente for até a gestão eles são abertos sim, eles vão escutar a gente, porém demora muito dessa escuta pra ter uma resposta efetiva deles.

Destacando o peso da estrutura burocrática, externa e interna, “GE” declara:

Primeiro digo que é burocrática, e tem outra palavra que não possa dizer ... Sabe, acho que é sem ordem. Não existe ordem nenhuma sendo definida, a verdade é essa, vai rolando.

Quando os relacionamentos entre os trabalhadores se confundem com os interesses próprios, surgem conflitos e desunião. E a dinâmica do serviço impede o tempo necessário para compressão e amadurecimento, daí, mesmo os canais institucionalizados, como o setor de Comunicação Interna-CI e a Ouvidoria, emperram, falham. “AS x” diz que não existe comunicação fluente, próxima, e que a informação é muito quebrada:

Seja através do documento de Comunicação Interna - CI, seja pelo Serviço Social, seja pelos chefes dos setores, fica ruim, não existe diálogo frutífero. A ouvidoria é pouco divulgada no hospital e tem suas limitações. Restam... as redes sociais.

Os sujeitos “TE”, “AS”, “M”, “O” e “E” relatam a influência negativa dos conflitos

sobre a qualidade do serviço prestado, devido à desorganização dos fluxos e às comunicações informais. Ao descrito no Diário de Campo, “DG” acrescenta:

Um ponto a ser visto com olhos bastante abertos, por todos, é a questão do fluxo. Tudo é interligado e pode ser [intertravado]. A gente tem muita dificuldade de implantar fluxo coerente, funcional, aqui. Nada está alinhado. E a direção, sozinha, não pode fazer muita coisa, e, parece, está sem muita condição de liderar.

A dimensão gerencial da instituição é analisada, a participação, a liderança, a formação prévia, a formação continuada, a implantação de fluxos integrados e funcionais, a disponibilidade dos materiais mínimos necessários e adequados, a infraestrutura constrangida e sucateando a obra nova iniciada e não concluída, a falta de autonomia, a burocracia pública emperrada. Após a análise é criticada e condenada, a despeito do esforço, da boa vontade de todos, do sentimento de compaixão que muitas vezes se esgota em indiferença, por pura defesa. Mas, todos sabem que o que fazem é muito importante, vital, serviço social importantíssimo, e anseiam por participar das decisões da gestão hospitalar. Todos querem promover mudanças e têm consciência dos caminhos.

Ressalte-se que o relacionamento entre o trabalhador e a gestão aparece de modo bem ambíguo: parece ter seu trabalho reconhecido, mas se sente sobrecarregado e desvalorizado. O interesse da gestão com o trabalhador é um ponto sensível que acarreta também sugestões para a melhora de recursos humanos, com foco na humanização de todas as relações.

“A humanização implica também em investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado” (CASATE & CORREA, 2005). A política de humanização parte do pressuposto de que a capacitação dos trabalhadores, o trabalho em equipe, o cuidar do cuidador são estratégias para os mesmos lidarem com seu trabalho e com os usuários de forma mais eficaz, no intuito de humanizar este ambiente (FORTES, 2004)

A atribuição de responsabilidade tem um papel importante nesse relacionamento e os trabalhadores sentem que merecem ter um maior envolvimento da parte deles em decisões estruturais. Ao falar sobre as responsabilidades para mudanças dentro do hospital, os trabalhadores “M”, “E” e “AS” relatam que a mudança principal deve vir dos diretores ou superiores. Em relação à responsabilidade de governantes e diretores, as entrevistas de “M”, “E” e “AS” podem ser simbolizadas pela fala de “AS 1”:

Não existe uma gestão participativa, a decisão sempre vem de cima para

baixo, mesmo sendo nós que estamos na ponta e que sabemos melhor o fluxo dos andamentos.

Há, no entanto, um contraponto, que parece mais expressar um desejo que uma realidade, que é colocado por “M 2”:

Todos os profissionais são envolvidos e sempre a diretoria se coloca aberta para sugestões e críticas.

Diante do exposto, observa-se uma variação nas percepções dos trabalhadores, ou seja, os processos de trabalho não acontecem de forma homogênea em todas as categorias e isso gera desconforto, porque alguns têm uma percepção boa, pelos benefícios que recebem e outros não. Contudo, faz-se necessário criar um plano de gestão, onde se cumpra o planejado, com ética e respeito aos trabalhadores. A gestão tende ao *laissez faire* e a ambiência é negativa.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi desenvolvida com a finalidade de compreender como o ambiente da emergência hospitalar pode contribuir na construção de uma assistência a saúde, de maneira mais humanizada, auxiliando na recuperação de usuários e no bem-estar dos trabalhadores.

O estudo de caso reiterou o entendimento de que o espaço físico influencia diretamente na vivência dos ambientes de saúde por seus usuários, visto que as condições físicas do hospital refletem na conduta social e também no estado psicológico do mesmo.

Percebeu-se que a pressão dos sofrimentos e da dor vividos fora do ambiente familiar podem ser amenizados pela boa condição da infra-estrutura física do hospital, proporcionando um ambiente mais confortável e que gere menos transtornos sociais. Como afirma Corbella & Yannas (2003), uma pessoa considera o ambiente confortável quando observa ou sente um acontecimento ou fenômeno sem preocupação ou incômodo ou então quando está em um ambiente físico se sentindo em neutralidade em relação a ele.

Este trabalho demonstrou que, teoricamente, não há uma crescente preocupação em estabelecer espaços e relações mais humanizadas no ambiente da emergência. Na prática, porém, nem sempre essa preocupação se traduz em elementos concretos. Os estabelecimentos de saúde que atendem aos usuários em suas diversas condições de saúde, ainda não refletem a plena importância do espaço físico e da ambiência para a recuperação dos usuários e também para os processos de trabalho mais eficientes.

Cabe ressaltar que no estudo de caso em questão ocorre improvisações com adaptações dos ambientes, não exclusivamente do setor da emergência, mas praticamente em todo espaço físico do hospital. Isso indica a necessidade de que os projetos de arquitetura permitam alterações nos ambientes, dado a evolução própria da saúde por meio da inclusão e/ou mudança de conceitos, técnicas e tecnologias na abordagem da assistência. Em outros termos, o projeto da arquitetura em saúde precisa considerar a possibilidade de flexibilização nos ambientes construídos e de ampliação das edificações.

Conclui-se que, para o bom funcionamento de uma emergência hospitalar, os trabalhadores devem ter condições adequadas para o desempenho de suas funções.

Reitera-se aqui que, além da importância do planejamento dos espaços técnicos para a equipe assistencial, o projeto de arquitetura deve prever espaços de integração e descanso para os trabalhadores, propondo uma vivência mais sadia nos ambientes hospitalares. Assim, a concepção de espaços de saúde deve atender necessariamente às demandas de funcionalidade e conforto, o que certamente minimiza o estresse no ambiente de trabalho e resulta em melhor qualidade de vida.

Seguindo a lógica dos resultados, conclui-se então que, para a efetivação do processo de humanização, são necessários esforços multidisciplinares. Os projetos de arquitetura devem considerar, antes de tudo, os indivíduos que neles habitarão, orientando e planejando espaços que facilitem sua vivência, em todos os aspectos, respeitando a individualidade e as particularidades de cada tipo de usuário envolvido no processo de produção da saúde.

Portanto, além de atender tecnicamente, os projetos para ambientes de saúde devem atender todas às necessidades do ser humano.

A pesquisa possibilitou observar que os trabalhadores percebem o ambiente de trabalho como um espaço que envolve a estrutura física, a ergonomia da produção de cuidado, as relações interpessoais e os instrumentos que lhes são oferecidos para suas atividades laborais na oferta do cuidado aos usuários. Apresentam conhecimento sobre a influência destes na vida profissional, pessoal e na assistência ao usuário.

Os trabalhadores constataam problemas no espaço edificado da emergência, como a falta de ergonomia e dimensionamento das áreas, circulação de ar insuficiente, falta de maquinário e equipamentos. Diante desses aspectos, comprova-se que existe a necessidade de um plano estratégico orientado para mudança estrutural e física, por parte da gestão para com a emergência do hospital.

Mesmo com tantos problemas estruturais, os trabalhadores mantêm boas relações interpessoais. Demonstram preocupação com os usuários, constroem vínculos de amizade com os colegas de trabalho. Apontam ainda a influência das más relações com a assistência prestada, assumem ter amor pela profissão e procuram executá-la com dedicação e responsabilidade.

Outro aspecto aborda dimensão gerencial da instituição que foi relatada pelos participantes, englobando falhas no gerenciamento da organização, no material, na manutenção. Fatores compreendidos pelos trabalhadores que anseiam por participar das decisões da gestão hospitalar. Todos estão cientes dos aspectos burocráticos que precisam ser

superados para promover mudanças.

Os trabalhadores assumem o amor pela carreira, fato que explica a percepção de enfrentamento diante dos problemas que a área apresenta. Mesmo em condições adversas conseguem enfrentar as dificuldades, às vezes, improvisando, mas procurando desempenhar de maneira satisfatória sua função. Apesar das frustrações, alguns assumem o cuidado do indivíduo com dedicação, responsabilidade, cuidado e paciência.

1. Sobre o método.

Na presente pesquisa, diferentes métodos de investigação foram adotados, buscando caracterizar o ambiente físico da emergência e, também, avaliar a percepção dos trabalhadores. Cabe aqui uma reflexão sobre tais métodos, considerando o contexto desta pesquisa e as possíveis adequações para trabalhos futuros.

As visitas exploratórias e as leituras espaciais apresentaram resultados significativos para este trabalho, proporcionando uma visão abrangente do hospital visitado e das atividades realizadas na emergência do mesmo. As entrevistas semiestruturadas (apêndices I e II) contribuíram para a objetividade das informações coletadas. O intuito primordial de tais visitas foi detectar, através das entrevistas, os aspectos físico-espaciais da emergência. Porém, através da repetição dos trajetos e das conversas informais nesta etapa da pesquisa, foi possível perceber quais são as situações vivenciadas pelos usuários no cotidiano, o que agregou conteúdo à pesquisa. É interessante salientar que este método dependeu de desprendimento de tempo, dificultando o acompanhamento dos trabalhadores.

Destaca-se que os trabalhadores apontaram anseios e insatisfações a respeito de diversos assuntos, inclusive quanto ao espaço arquitetônico existente, explicitando e desenvolvendo pontos que identificaram como sendo relevantes nas questões objetivas.

Assim, o cruzamento dos dados obtidos através dos diferentes instrumentos permitiu a compreensão mais aprofundada do universo cotidiano no ambiente da emergência, sendo possível desenvolver recomendações que refletissem na realidade vivenciada por trabalhadores e usuários. Ressalta-se, assim, que a variedade de métodos permitiu que as informações obtidas se completassem, gerando um maior domínio do tema e maior segurança na análise dos resultados.

2. Recomendações.

A revisão teórica e os estudos de casos realizados durante este trabalho permitiu estabelecer alguns critérios de desenvolvimento de projeto para o ambiente de emergência que contribuem para uma arquitetura mais humanizada. As recomendações visam propor um ambiente mais favorável à vivência do usuário, de seus acompanhantes e dos trabalhadores em emergência e estão relacionadas a seguir, segundo uma lógica de criticidade no projeto.

- a) Um aspecto a ser observado na concepção da emergência é a divisão do espaço do salão de emergência para homens e mulheres, considerando que a emergência tem sido um espaço de internamento, sendo sugerido pelo pesquisador que este seja o critério de divisão, até que a ampliação do hospital seja feita. Para tanto, sugere-se que a emergência seja projetada de acordo com as normas previstas pela RDC 50, o que facilitará, inclusive, a questão de ambiência.
- b) Um componente percebido pelo pesquisador é o uso de texturas e cores, como uma forma de alegrar o ambiente, amenizando o impacto da internação para o usuário. Essas medidas são consideradas como sendo importantes, uma vez que tornam o ambiente mais familiar e mais próximo ao universo cotidiano do usuário e de seus familiares.
- c) Os resultados dos sujeitos pesquisados apontam para a necessidade de melhorias no relacionamento interpessoal entre os trabalhadores e trabalhadores e gestão, ressaltando que se faz necessário que a gestão seja participativa, para tomada de decisões.
- d) Desta forma, é fundamental que a emergência disponha de uma adequada estrutura física, com equipamentos e maquinários para os usuários, bem como para a facilidade das atividades laborais dos trabalhadores. É preciso ainda que haja uma equipe multidisciplinar envolvida, entretendo e auxiliando nas dificuldades que possam vir a existir. É desejável ainda que, quando possível, haja grupos focais, a fim dos trabalhadores discutirem assuntos mais pertinentes às demandas existentes. Sugere-se também que haja educação continuada para os trabalhadores, a fim de melhor ofertarem os serviços disponíveis. Após a observação de campo e aplicação dos questionários, foi solicitado por grande parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, uma reforma do prédio, bem como aquisição de equipamentos, maquinários, medicamentos

e ampliação das unidades de internação, a fim de que a emergência não funcione como salão de internação

- e) Foi constatado, ainda, após sugestões dos entrevistados, que a acomodação dos acompanhantes seja de mais respeito à dignidade humana. Foi observado que, por vezes, alguns trabalhadores argumentam com os usuários e acompanhantes que o hospital não é hotel e por isso não tem que dispor de acomodações confortáveis para os mesmos. Isso reflete uma falha grave de humanização, visto que usuários e acompanhantes já estão desgastados devido ao estresse que a própria situação lhes impõe.
- f) Foi constatado durante a pesquisa que outras questões influenciam e poderiam contribuir para melhorar a estadia dos usuários na emergência. No hospital estudado, houve reclamação dos trabalhadores quanto aos mobiliários, pois apresentam inadequações, como por exemplo, serem muito antigos, o que dificulta a execução de tarefas, a mobilidade e causam ruídos indesejados diante da situação de fragilidade própria a um ambiente hospitalar. O ideal é que fossem trocados por equipamentos de melhor qualidade. Outro ponto sugerido pelo pesquisador, se refere aos enxovais. Por exemplo, deveriam ter travesseiros e cobertores para todos, pois muitas vezes esses usuários têm que revezá-los, gerando desconforto devido ao número insuficiente que é disponibilizado. Devido às dificuldades no momento das refeições no leito, o uso de bandejas é algo simples de ser implantado e de grande eficácia para a alimentação, que usualmente é realizada sem suporte.
- g) No salão da emergência, utilizado como ala de internamento, foi observado um número excessivo de leitos, que contraria a norma RDC 50 e que dificultam a humanização. É necessário um maior distanciamento entre os leitos, notado que há tumulto entre a equipe, acompanhantes e outros leitos devido a área ser reduzida. Tal melhoria facilitaria alguma privacidade ao usuário e também uma melhoria na realização dos procedimentos pela equipe assistencial.
- h) Ainda considerando a vivência do espaço pelos usuários e acompanhantes, houve reclamações por parte dos trabalhadores quanto ao banheiro masculino e feminino. Há reclamações quanto à estrutura física (azulejos quebrados, torneiras quebradas, chuveiro com potência de água fraca, suporte para assento no aparelho sanitário quebrado).

- i) Com esta dissertação foi possível perceber que a emergência necessita de uma atenção particular, tanto no que se refere à demanda observada pelo nível da assistência, quanto à própria organização espacial da arquitetura, visto que ambientes em uma mesma edificação, com estrutura similar, podem apresentar condições diferentes. Foi verificado também que é fundamental que se evitem espaços enclausurados, com o uso de janelas nos ambientes, o que proporcionará aos usuários percepções temporais e contextuais. De uma maneira geral, é preciso considerar, ainda, aspectos de conforto ambiental como iluminação, ventilação, controle de temperatura e ruídos.
- j) Quanto à sala de curativos e procedimentos, é recomendável que seja ampla, ventilada, próxima ao posto da emergência e com ambientação adequada.

Na concepção do espaço em saúde, cabe ainda ressaltar que a atitude da equipe para com o usuário e o acompanhante faz toda diferença durante a hospitalização. Lembrando que é fundamental, ainda, haver um acompanhamento psicológico para os usuários e acompanhantes, ajudando-os a lidar da melhor maneira possível com o momento que estão vivendo.

3. Sugestões para trabalhos futuros.

Tendo em vista os resultados, as análises e as conclusões, acredita-se que os objetivos desta dissertação foram alcançados. É importante, para que ocorra um espaço mais humanizado no ambiente da saúde, que as direções das unidades entendam que a arquitetura tem reflexos na assistência e que também o ambiente hospitalar é percebido pelo trabalhador como um dos meios do tratamento. Contudo, constata-se a complexidade do assunto, principalmente a humanização. Neste sentido, acredita-se que o material desenvolvido possa contribuir para a expansão do conhecimento científico e para o auxílio de futuros projetos de emergências mais humanizadas. Mais ainda, os resultados obtidos sugerem questões que suscitam temas para novos trabalhos, uma vez que o assunto não pode ser considerado como esgotado. São eles:

- a) Avaliar as adequações de equipamentos, mobiliários e ambiência às necessidades da emergência;
- b) Investigar a percepção dos trabalhadores quanto ao espaço hospitalar, entendendo suas necessidades e gerando recomendações práticas de adequação;

- c) Aprofundar a discussão a respeito das condições de permanência colocadas aos usuários e acompanhantes;
- d) Investigar elementos do espaço físico que podem facilitar o desempenho das funções da equipe assistencial;
- e) Comparar as normatizações existentes à realidade da humanização aplicada em emergência hospitalar;
- f) A importância da estética para os trabalhadores dos ambientes de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Ed. 70, 2009.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BARROS, A. L. B. L.; HUMEREZ, D.C; FAKIH, F.T.; MICHEL, J.L.M. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585-92, 2003.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BATISTA, A. A. V.; VIERIA, M.J.; CARDOSO, N.C.S.; CARVALHO, G.R.P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BARTOLI, M.; ROCCA, M. Gestion par objectifs et réquisition de compétences: vers de nouvelles sources d'intensification du travail? In: ASKENAZY, P. et al. (Org.). **Organisation et intensité du travail**. Toulouse: Octarès, 2006. p. 21-28.

CASATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

CEZAR-VAZ, M.R.; MUCCILO-BAISCH, A.L.; SOARES, J.F.S.; WEIS, A.H.; COSTA, V.Z. ; SOARES M.C.F. Concepções de Enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.15, n. 3, 2007.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 1, 1999.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIAS, M. A. A. Hotelaria Hospitalar, uma Tendência ou Modismo? **Revista Hospital Brasil**, Ano 3, n. 11, p. 62-64, jan./fev, 2005. Disponível em: <<http://www.sobragem.org.br/public7.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DAVEZIES, P. Intensification: danger: le travail rétréci. **Santé et Travail**, Paris, n. 57, p. 30-33, jan. 2007.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FIGUEIRA, D.; INOUE, N.; LAMBA NETO, S. **Conceito de Hotelaria Hospitalar nos Edifícios Hospitalares**. Disponível em: <<http://seer.sp.senac.br>>. Acesso em: 10 maio 2011.

FONSECA, J.J.S. **Curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem: informática educativa**. 2002. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?tbm=bks&tbo=1&q=pesquisa+cient%C3%ADfica&btnG=>>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, set./dez, 2004.

FERNANDES, R. de C. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; CARVALHO, F. M. Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 931-942, 2010.

FAIRRIS, D.; BRENNER, M. Workplace transformation and the rise in cumulative trauma disorders: is there a connection? **Journal of Labor Research**, v. 22, n. 1, p. 15-28, 2001.

GIORDANI, A.T. **Humanização da Saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2008.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. São Paulo: Ícone, 2004.

GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

GUIMARÃES, T. Moraes. **Humanização em saúde na prática hospitalar: o caso do Hospital Geral de Fortaleza-HGF**. 2008. 115f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

GRECH, K. Developments in hospital management: a proposal for a new hospital management model for Malta. **Malta Medical Journal**, Malta, v. 14, n. 1, p. 21-26, nov. 2002.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

GOLLAC, M.; VOLKOFF, S. **Les conditions de travail**. Paris: La Découverte, 2007.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. **Enfermagem, cultura e processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 6, n. 6, 1999.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.

LIMEIRA, F. M. **Arquitetura e integralidade em saúde: uma análise do sistema normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de Brasília, Brasília – 2006.

LUDKE, M.; ANDRÉ. M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARINHO, F. S.; MAC-ALLISTER, M. O Espaço da Organização Hospitalar: um estudo do comportamento dos usuários do Hospital Alpha. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006. Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: Enanpad., 2006.

MATOS, K. S. L. e VIEIRA, S. L. **Pesquisa educacional: a prazer de conhecer**. 2. ed. Ver. Ampl. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2005.

MATSUDA, L. M.; BARBOSA JÚNIOR, J. A. B. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n. 4, 2011.

MARTINS, V.P. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA, 4., 2004. [S.l.]. **Anais...** [s.l.]: ABDEH, 2004.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das Organizações: evolução e crítica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MONTESUMA, F. G. M.; FÉL, M.A. B. M.; GOMES, S.C.C.; FERNANDES, T. C.L.; SAMPAIO, J.JC. **Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica**. Disponível em: <file:///C:/Users/junio/Downloads/10-27-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 03 jan. 2017.

MEZZOMO, A.A. **Humanização Hospitalar: fundamentos antropológicos e teológicos**. São Paulo: Premius, 2010.

MINTZBERG, H. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review, Gaithersburg**, v. 4, n. 22, p. 9-18, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MONACO, F. F.; GUIMARÃES, V. N. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da Gerência de Administração dos Correios. **Rev. adm. contemp.**, v. 4, n. 3, 2000.

MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Revista latinoamericana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, 1998.

MARTINS, L. M. M.; BRONZATTI, J.A.G.; VIEIRA, C.S.C.A.; PARRA, S.H.B.; SILVA, Y.B. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Escola de Enfermagem USP**, v. 34, n. 1, p. 52-8, 2000.

NITA. **Humanização em Hospitais**. Disponível em: <www.heronita.wordpress.com/2009/10/15/humanização-em-hospitais>. Acesso em: 19 maio 2011.

NEUMANN, V.N. **Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar**. 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

OLINISKI, S.R.; LACERDA, M.R. Cuidando do Cuidador no Ambiente de Trabalho: Uma Proposta de Ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 100- 104, 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **C it E f C itib.**, v. 9, n. 2, p. 43-52, 2004.

OLINISKI, S.R. ;LACERDA, M.R. Cuidando do Cuidador no Ambiente de Trabalho: Uma Proposta de Ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1,p 100- 104, 2006.

PEREIRA, M.C.A.; FAVERO, N.A. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, .p . 7-12, 2001.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 162- 176, 2011.

PARKER, M.; SLAUGHTER, J. Unions and management by stress. In: BABSON, S. (Org.). **Lean work: empowerment and exploitation in the global auto industry**. Detroit: Wayne State University, 1995. p. 41-53.

PALÁCIOS M. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro**. 1993. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POWERS, L.S. Hospital emergency service and the open door. In: WECHSLER, J.H.; MONTAGNE, M.E. (Orgs.). **Emergency Medical Services: Behavioral and planning perspectives**. New York: Behavioral Publications, 1973. p. 511-560.

RODRIGUES, J.M. **Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002. 309p.

RICOEUR, Paul. **Teoria da interpretação**. Lisboa: edições 70, 1976.

SAMPAIO, J. J. C. ; GARCIA FILHO, C. ; GUIMARAES, J. M. X. ; ARAUJO, F. E. L. ; GUIMARÃES, T.M. ; NUNES, J. M. S. Humanização da Atenção à Saúde na Prática Hospitalar Terciária: O Caso Hospital Geral de Fortaleza - HGF. In: SIEBRA, A.V.; SILVA; E. S. (Org.). **Saberes e práticas na saúde coletiva: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento**.Fortaleza: EdUECE, 2014, p. 108-128.

SANTOS, J.S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L.L.; FERRAZ, C.A.; DALLORA, M.E.L.V.; Sá, M.F.S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP – USP, adotando, como referência as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SILVA, E. G.; FIGUEIREDO, J.L. **Hotelaria Hospitalar: A qualidade da Assistência**. Disponível em: <www.slideshare.net/eduenfaph/hotelaria-hospitalar>. Acesso em: 07 maio 2011.

SILVA, R.C.L. **O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. 2006. 189f. Teses (Doutorado em Saúde pública) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TARABOULSI, F.A. **Atendimento de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VASCONCELOS, R.T.B. **Humanização de ambientes hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. 2004. 145f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIANNA, L.M.; BRUZTYN, I. ; SANTOS, M. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-20, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

Identificação do sujeito

Função: Profissional em saúde

Sexo:

Categoria profissional:

Grupo de Pesquisa:

Tempo de atuação na área:

Temas:

1. O que você conhece sobre humanização em saúde, nos contextos a) das políticas nacionais, b) do hospital no qual você trabalha, e c) da emergência deste hospital.
1. O que você conhece sobre processo de trabalho e ambiente humanizado, nos contextos a) das políticas nacionais, b) do hospital no qual você trabalha, e c) da emergência deste hospital.
2. Como você avalia o atendimento na emergência deste hospital?
3. Como você avalia a) o respeito à dignidade dos usuários, b) o respeito à personalidade dos usuários, e c) a competência no cuidado aos usuários?
4. Como você avalia a) as instalações físicas, b) o ritmo de trabalho, c) o relacionamento com a gestão, d) o relacionamento com os usuários, e) o relacionamento entre trabalhadores, na emergência deste hospital.
5. Quais as dificuldades que vocês encontram para realizar seu trabalho neste hospital?
6. O que, neste hospital, vocês ficam sabendo sobre seu trabalho e sobre o que deve informar ao usuário?
7. O que vocês sentem falta, em matéria de relacionamento pessoal, no campo da boa educação e do respeito, com a administração?
8. O que vocês sentem falta, em matéria de relacionamento pessoal, no campo da boa educação e do respeito, com seus colegas de trabalho?
9. O que vocês sentem falta, em matéria de relacionamento pessoal, no campo da boa educação e do respeito, com os clientes que você atende neste hospital?
10. Já se sentiram perseguidos ou violentados em seus direitos?

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

Identificação do sujeito

Função: Gestor em Saúde

Sexo:

Categoria profissional:

Grupo de Pesquisa:

Tempo de atuação na área:

Temas:

1. Como vocês qualificam a organização do hospital e a capacidade da administração em resolver dificuldades?
1. Como os trabalhadores são recrutados para o exercício profissional neste hospital?
2. Qual o grau de satisfação salarial e como as questões salariais são resolvidas?
3. Há códigos de direitos e deveres para os trabalhadores e, se existem, são conhecidos?
4. Como vocês qualificam a lógica organizacional (*laissez faire*, democrática, autoritária) deste hospital?
5. Como vocês avaliam a comodidade das instalações deste hospital?
6. O que mais você gostaria de acrescentar sobre o funcionamento deste hospital, seus principais problemas e suas principais vantagens?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**TÍTULO DA PESQUISA: AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR****PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RICHEL BRUNO OLIVEIRA CASTELO BRANCO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está sendo convidado a participar de um estudo que tem como tema: “ AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR”. Tendo como objetivo principal: Investigar as estratégias de humanização, por meio da ambiência da emergência, do Hospital Maria José Barroso de Oliveira.

As informações serão construídas através de entrevista, grupo focal e observação participante nas práticas. Serão realizados esforços para coibir os riscos envolvidos: na aproximação entre o avaliador e o avaliado; na manutenção da privacidade e confidencialidade; na possível violação da verdade por parte de algum avaliado; na transparência das negociações; e na escolha das informações a serem trabalhadas. Informamos também que você não será submetida a despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. Você poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim o desejar, sem penalização alguma. O presente termo será feito em duas vias, uma ficará em sua posse e outra em posse do pesquisador.

Os possíveis riscos dessa pesquisa serão: A breve ausência do trabalhador para responder o questionário e possível constrangimento acerca dos assuntos a serem abordados na pesquisa. Diante desses aspectos o pesquisador irá se comprometer em agendar as entrevistas para períodos que não venham a interferir nas atividades de trabalho.

Todas as informações que o (a) senhor (a) me fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. As informações prestadas ficarão em segredo e os nomes dos participantes não aparecerão em lugar nenhum dos questionários, nem mesmo quando os resultados forem apresentados na pesquisa.

Caso aceite participar dessa pesquisa, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, recebendo uma cópia deste. O Sr(a) ou seu representante legal, quando for o caso, e o pesquisador, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Para contatos que se façam necessários, informamos-lhes meu nome, números de telefone, endereços postais e eletrônicos.

Nome do pesquisador: Richel Bruno Oliveira Castelo Branco

Endereço: Rua A, nº 104. Bairro: Itaperi – Cep: 60760-660. Fortaleza-Ceará-Brasil

Telefone: (85) 9-97317503. E-mail: richelbrunoo@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido (a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: “ **AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR**”. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona DE 8h as 17h na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador