UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

AMANDA DE AZEVEDO ARAÚJO

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO RECIFE-PE

Recife
2019

AMANDA DE AZEVEDO ARAÚJO

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro da Silva

Recife

2019

Catalogação na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

A663a Araújo, Amanda de Azevedo.
Avaliação da implementação da Política Nacional de Humanização em um serviço de oncologia do Recife-PE / Amanda de Azevedo Araújo. – 2019.
95 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Recife, 2019.
Inclui referências e apêndices.

1. Política pública. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Oncologia. 4. Pacientes. 5. Pessoal da área médica. 6. Hospitais – Administração. I. Silva, Arthur Leandro da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2020-001)

AMANDA DE AZEVEDO ARAÚJO

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.

Aprovada em: 09/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arthur Leandro da Silva (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Célia Oliveira dos Santos (Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, porque Ele sempre me direcionou para o caminho certo, por mais que eu duvidasse das curvas desse caminho: que as pedras do meu caminho, meus pés suportem pisar, mesmo feridos de espinhos, me ajudem a passar.

Aos meus amados pais, Adérito e Aliane, que sempre colocaram minha educação em primeiro lugar, mesmo que, para isso, tivessem que abrir mão dos seus próprios sonhos. Eles me ensinaram os valores mais importantes da minha vida: respeito, educação e simplicidade. Amo-os incondicionalmente. Tudo o que sou e que alcancei na vida com muito esforço é graças ao amor deles.

Ao meu esposo, pela paciência, pela ajuda e por sempre acreditar em mim.

A minha filha, porque, por ela, desistir nunca foi uma opção. Sempre que a olho, imagino-a crescendo com muito orgulho de sua mãe, que mesmo nos momentos mais corridos conseguiu lhe dar atenção e muito amor.

A minha irmã amada, que todos os dias me ensina o valor da vida.

A toda a minha rede de apoio, que viabilizou momentos de recolhimento para que pudesse escrever a dissertação.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Arthur Leandro por todos os ensinamentos e por ter me guiado tão bem nessa jornada. Com certeza tudo ficou mais leve com seu apoio, compreensão e incentivo.

A minha eterna Profa. Dra. Ana Célia que aceitou compartilhar comigo mais esse momento da minha vida acadêmica.

Finalmente, a todos que dedicaram um pouco do seu tempo, profissionais, pacientes e gestores, para participar desta pesquisa.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção de pacientes oncológicos, profissionais e gestores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco a respeito da implementação da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH). Criada em 2003 com objetivo de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano dos serviços de saúde, a PNH produziu mudanças nos modos de gerir e cuidar, com caráter transversal, desde o planejamento até as ações de promoção, prevenção e reabilitação. É sabido que, além dos problemas relativos à doença, o paciente oncológico passa por uma série de dificuldades de cunho social, familiar e emocional. Visto que é comum a permanência por longos períodos de internamento, o cuidado humanizado se faz de suma importância para o enfrentamento das fragilidades destes pacientes. Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, entre julho e setembro de 2019. Participaram 22 pacientes, 14 profissionais de saúde do serviço de oncologia e 3 gestores do hospital. Foi realizada análise de conteúdo e buscou-se identificar as concepções desse público, em cruzamento com o modelo de avaliação proposto por Donabedian (1980). Os resultados indicaram que apesar da implementação da PNH não fazer parte da agenda prioritária da gestão do hospital, os aspectos relacionados aos princípios e diretrizes propostas pela política se faziam presentes no cotidiano do serviço como resultado de um esforço dependente de cada profissional em conduzir a assistência. Deve-se levar em consideração a presença de elementos mediadores capazes de influenciar a opinião dos usuários, tais como: condições socioeconômicas, e as experiências prévias com outras instituições. Visto que o serviço de oncologia é considerado setor prioritário pela gestão na instituição devido as condições de vulnerabilidade dos pacientes, sugere-se que mais estudos sejam capazes de aprofundar a temática no âmbito do hospital das clínicas como um todo.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Políticas Públicas. Oncologia.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the perception of cancer patients, professionals and managers of the Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco regarding the implementation of the National Health Humanization Policy (PNH). Created in 2003 with the objective of putting into practice the principles of the Unified Health System in the daily routine of health services, the PNH has produced changes in the way of managing and caring, from planning to promotion, prevention and rehabilitation actions. It is well known that, in addition to the problems related to the disease, the cancer patient goes through a series of social, family and emotional difficulties. Since it is common to stay for long periods of hospitalization, humanized care is of paramount importance to address the weaknesses of these patients. To achieve the proposed objective, a qualitative research was conducted with semi-structured interviews between July and September 2019. Participated 22 patients, 14 health professionals from the oncology service and 3 hospital managers. A content analysis was performed and the aim was to identify the conceptions of this public, in intersection with the evaluation model proposed by Donabedian (1980). The results indicated that although the implementation of PNH was not part of the hospital management priority agenda, the aspects related to the principles and guidelines proposed by the policy were present in the daily routine of the service as a result of an effort dependent on each professional in conducting care. Consideration should be given to the presence of mediating elements capable of influencing users' opinions, such as: socioeconomic conditions, and previous experiences with other institutions. Since the oncology service is considered a priority sector for management in the institution due to the patients' vulnerability conditions, it is suggested that further studies be able to deepen the theme within the clinic hospital as a whole.

Keywords: National Humanization Policy. Public Policy. Oncology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas-UFPE 34
Quadro 1 - Competências dos Gestores..... 35
Figura 2 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde..... 36
Quadro 2 - Matriz de Vulnerabilidade de Pessoas com Câncer 41
Figura 3 - Modelo de análise: Diretrizes da Política Nacional de Humanização.....45
Figura 4 - Pesquisa de Satisfação HC 2018..... 75
Figura 5 - Definições de humanização de acordo com os profissionais de saúde..... 77
Quadro 3 - Questionário Usuários..... 92
Quadro 4 - Entrevista Usuários 92
Quadro 5 - Questionário profissionais..... 93
Quadro 6 - Entrevista profissionais 93
Quadro 7 - Entrevista Superintendente..... 94
Quadro 8 - Entrevista Gerência de Atenção à Saúde..... 94
Quadro 9 - Entrevista Divisão do Cuidado em Saúde 94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	antes de Cristo
CA	Câncer
CAAE	Certificado de apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAF	Gerência Administrativa Financeira
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GM	Gabinete Ministerial
GTHs	Grupo de Trabalho de Humanização
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MAIS	Programa Manifestações de Artes Integradas à Saúde
MEC	Ministério da Educação
MP	Mestrado Profissional
MS	Ministério da Saúde
MS	Ministério da saúde
PE	Pernambuco
PMAC	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
Progesta	Programa de Apoio à Gestante Adolescente
RJU	Regime Jurídico da União
RMR	Região Metropolitana do Recife

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO 12**

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNS APONTAMENTOS 16

2.1 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS 16

3 PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE 21

4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE 25

4.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA 25

4.2 O CUIDADO HUMANIZADO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS 29

5 O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE 33

5.1 HISTÓRIA E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL 33

5.2 INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO 36

6 METODOLOGIA 39

6.1 TIPO DE PESQUISA 39

6.2 LOCAL DA PESQUISA 40

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 40

6.3.1 Amostragem 40

6.3.1.1 Usuários 40

6.3.1.2 Profissionais 43

6.3.1.3 Gestores 43

6.4 COLETA DE DADOS 43

6.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 44

6.6 ASPECTOS ÉTICOS 46

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO 47

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS 47

7.1.1 Usuários 47

7.1.2 Profissionais 49

7.1.3 Gestores 50

7.2 DIMENSÃO ESTRUTURA 50

7.2.1 Aspectos Ambientais: Qualidade das instalações e disponibilidade de suprimentos para atendimentos dos usuários 51

7.2.2 Aspectos Humanos: Quantitativo de profissionais, Demanda e Valorização do Trabalhador 54

7.2.3 Aspectos Organizacionais: Gestão compartilhada/Cogestão e Acesso aos serviços de saúde 57
7.3 DIMENSÃO PROCESSO 62
7.3.1 Qualificação da atenção: Clínica Ampliada e Acolhimento/Escuta Qualificada 63
7.4 DIMENSÃO RESULTADO 67
7.4.1 Aspectos culturais: Enfrentamento da Doença 68
7.4.2 Aspectos Organizacionais: Garantia dos Direitos dos Usuários e Satisfação com o Serviço/Instituição 70
7.5 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES A RESPEITO DA HUMANIZAÇÃO 75
7.5.1 Política Nacional de Humanização *versus* Cuidado Humanizado 76
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
REFERÊNCIAS 83
APÊNDICE A — Entrevistas com os Usuários 92
APÊNDICE B — Entrevista com os Profissionais 93
APÊNDICE C — Entrevista com os Gestores 94

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, é a tradução prática do princípio constitucional que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa mesma lei, estabelece, em seu artigo 7º, que as ações, os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da integralidade, universalidade, equidade e incorporação de novas tecnologias e saberes (BRASIL, 1990).

Contudo, nos anos 2000, apesar de todos os avanços alcançados ao longo de 10 anos da sua criação no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrentava problemas, como fragmentação do processo de trabalho, da rede assistencial, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, desrespeito aos direitos dos usuários, entre outros (BRASIL, 2004).

O tema da humanização foi apontado como um dos desafios para o SUS na 11ª *Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 2000 (BRASIL, 2001). A emergência desse tema na pauta e agenda do SUS trouxe um novo desafio-problema: qual sentido de humanização sustentaria a renovação de práticas de gestão e de cuidado? E nessa direção, quais práticas poderiam ser apontadas como humanizadas? (BRASIL, 2001).

Assim, um primeiro desafio para a questão da humanização na saúde foi constituir um sentido para que ela pudesse ao mesmo tempo ser um qualificativo de práticas renovadas e uma direção ético-política para se promover um movimento no sistema de saúde que indicasse certo modo de lidar com os desafios e problemas que ainda persistem no SUS e de se promover as mudanças necessárias (BRASIL, 2001).

Diante de uma grande preocupação com a humanização nos serviços de saúde, estratégias governamentais começaram a ser traçadas, e em 2001 foi publicado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que iniciou ações em hospitais com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção ao usuário hospitalar e, posteriormente, dos trabalhadores das instituições (BRASIL, 2001). O PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, foi transformado, em 2003, pelo Ministério da Saúde, em Política Nacional de Humanização (PNH), a qual passou a abranger, também, instituições de atenção primária na busca por melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde. A PNH busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo

mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2004). Deve ser tratada como um elemento de transversalidade, estando presente desde a recepção e o acolhimento do usuário no sistema de saúde até o planejamento e a gestão das ações e estratégias, seja de promoção, prevenção e/ou reabilitação (COSTA et al, 2009).

Alguns autores definem a ação de humanizar como um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando não só realizar a técnica, mas também oferecer ao paciente o tratamento que merece como ser humano, dentro das circunstâncias peculiares nas quais se encontra em cada momento no hospital (BRITO; CARVALHO, 2010).

A humanização, no entanto, tem caráter polissêmico, pois suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum de ser bom para o outro que sofre, passando por leituras essencialistas, até um humanismo revistado, aberto ao singular de cada experiência humana, às suas necessidades e, ao mesmo tempo ancorado na ética (DESLANDES, 2005).

A Política Nacional de Humanização, por sua vez, não demarca um conceito. De acordo com o documento que viabiliza a mesma, seu conceito se afirma apenas como um "entendimento" do seu coletivo de formuladores:

> Assim entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Considerando o cenário hospitalar, foco deste trabalho, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária (COSTA et al, 2009).

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças (CAMPOS, 2008). Logo, mexer em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, é uma tarefa que exige preparação e acompanhamento avaliativo (SANTOS-FILHO, 2007).

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros os têm tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (CAMPOS, 2008). Essas

características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada, e a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais. Tudo isso leva à baixa responsabilização e descompromisso, à fragmentação do trabalho e à insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários (BRASIL, 2011a).

Não bastasse isso, a relação com os pacientes e sua rede sócio familiar tem sido marcada pela discreta participação destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e mesmo aos profissionais, sobretudo médicos (BRASIL, 2011a).

Nos últimos anos, estudos têm avaliado os serviços hospitalares na visão dos usuários, porém com enfoque predominantemente quantitativo, o que deixa uma lacuna no entendimento da humanização. Avaliações dos sentidos, significados e experiências vividas pelos usuários hospitalizados são pouco efetuadas, quando captar a subjetividade é imprescindível, pois agrega o espaço das vivências, das emoções, as quais não se quantificam, uma vez que expressam singularidades (SANTOS-FILHO, 2007).

Pessini e Bertachini (2006) salientam que, na visão da humanização hospitalar, é importante trabalhar a atitude dos profissionais da saúde tendo-se como primeiro passo abandonar a prática do pensar e discutir a respeito do paciente como ente de mero objeto de cuidados terapêuticos, ou seja, um ser identificado pelo número, não pelo nome. O processo de humanização de uma instituição de saúde se inicia junto à adoção do conceito integral de bem-estar individual, sendo ele abordado em suas dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais.

Nesse contexto, os pacientes oncológicos demandam uma atenção que vai além dos cuidados físicos, englobando também outros aspectos de suas vidas, como o social e o psicológico. Acredita-se que o apoio ao desenvolvimento pessoal e social - através da escuta, do diálogo, da facilitação do acesso à informação, do acolhimento e da intensificação das habilidades - é uma medida de promoção à saúde que pode beneficiar os pacientes com câncer (BRAGANÇA, 2006).

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no País, torna-se importante que o hospital promova possibilidades de relações saudáveis e humanizadas, com práticas de gestão que sigam as premissas e diretrizes da PNH e a valorização dos sujeitos que estão implicados no processo de produção da saúde, entre eles os usuários, os trabalhadores e os gestores.

Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a implementação das práticas humanizadas no serviço de oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), tomando por base as diretrizes norteadoras definidas pela PNH

mediante a percepção dos pacientes, profissionais de saúde e dos gestores da referida instituição.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNS APONTAMENTOS

Este Capítulo tem como propósito sintetizar os aspectos teóricos sobre políticas públicas, tais como os processos de elaboração, implementação e avaliação que buscam explicar as ações do Estado, suas características e os atores envolvidos.

2.1 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Souza (2006) não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. Contudo, entre as diversas definições, a mais conhecida é a de Laswell (1936/1958). Segundo ele, as decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Pode-se, então, dizer que a política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2006).

O processo de elaboração das políticas públicas é conhecido como Ciclo de Políticas Públicas, e é definido como um esquema de visualização e interpretação que organiza uma política pública em etapas sequenciais, constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Apesar de ter várias versões já desenvolvidas, o modelo mais utilizado é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, formulação das políticas públicas, avaliação e seleção das opções, implementação e avaliação da política propriamente dita (SOUZA, 2006). Esses estágios são detalhados a seguir.

O estabelecimento da agenda é o estágio inicial do ciclo das políticas públicas. Nesta etapa são listados os temas ou problemas que serão alvo ou não, em determinado momento, de séria atenção tanto das autoridades governamentais quanto dos grupos de interesse. Um conjunto de alternativas de ação governamental também deve ser seriamente considerado pelas autoridades governamentais (KINGDON, 2006). Kingdon (ibidem), considera que existem três dinâmicas de processos que influenciam no estabelecimento da agenda e nas especificações de alternativas: a dos problemas, a das políticas públicas e a dos participantes "visíveis".

Ainda de acordo com Kingdon (ibidem), as possíveis alternativas, propostas e soluções para os problemas levantados são geradas por comunidades de especialistas, os também chamados de participantes invisíveis, que incluem acadêmicos, pesquisadores, burocratas de carreira, funcionários do Congresso, etc. Em determinados momentos da política pública podem surgir as janelas de oportunidades, em que as três dinâmicas (problema, política e atores

visíveis) se unem, criando-se, assim, uma oportunidade para que os defensores de uma determinada causa ofereçam soluções, ou para chamar atenção para problemas que considerem especiais (KINGDON, ibidem).

Com a agenda definida, segue-se a segunda etapa, que consiste na formulação das políticas públicas. Esse estágio tem como base dois métodos: o racional compreensivo (raiz) e método das sucessivas comparações limitadas (ramescência). O método racional compreensivo, tem como princípio a racionalidade na tomada das decisões, a qual seria correta ou boa para se atingir algum objetivo específico. Esta, no entanto, é uma abordagem inviável para problemas complexos, devido à necessidade de tempo e esforço para tomada de decisões de que muitas vezes os formuladores não dispõem. Logo, é um método que, apesar de ser considerado pela literatura como o melhor método a ser utilizado, não é o que corresponde à realidade, deixando os administradores públicos, que lidam com decisões complexas, na posição de praticar aquilo que poucos pregam (LINDBLOM, 2009). Já método de sucessivas comparações limitadas, ou incremental, pretende analisar o modo como o gestor decide, e não como deveria decidir. Esse método parte da premissa de que a decisão deve ser construída continuamente a partir da situação presente, passo a passo, e em pequenas etapas, ou seja, parte da realidade para construção da teoria. Pode-se dizer que, na prática, os governos modificam suas políticas quase que exclusivamente mediante ajustes incrementais. Assim, conforme esse modelo a escolha da melhor política se baseia na concordância entre os atores envolvidos no processo de formulação (LINDBLOM, ibidem).

No estágio de adoção das políticas públicas, Lowi (1972) argumenta que a política pública faz a política, pois encontrará diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas. Para ele, a política pública pode assumir quatro configurações: distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas.

Já o penúltimo estágio do ciclo de políticas públicas, ou seja, o estágio da implementação ficou conhecido durante muito tempo por “elo perdido”, porque os estudiosos saíam direto da etapa de “adoção” para a etapa de “avaliação” (WINTER, 2010). De acordo com Winter (ibidem), existem três gerações da pesquisa sobre implementação: os pioneiros (com seus estudos exploratórios), os estudos da segunda geração (com suas estratégias de pesquisa de cima para baixo, de baixo para cima e modelos de síntese) e os trabalhos da terceira geração (com testes mais sistemáticos baseados em projetos de pesquisa comparativa e estatística).

Pressman e Wildavsky (1973) são bons representantes da primeira geração dos estudos de implementação, que se caracterizavam como estudos exploratórios e indutivos com o objetivo de gerar teoria. Para estes autores, o principal problema da implementação das políticas era a "complexidade da ação conjunta", ou seja, os diversos atores envolvidos (atores dos Governos Federal, regional, estadual e municipal, assim como os grupos de interesse, as empresas privadas e a mídia) geravam variados pontos de decisões e veto que poderiam causar atraso, distorção e até fracassos na implementação de uma política. Além disso os atores mudam com passar do tempo e essa mudança insere pontos de descontinuidade e a necessidade de novas e mais negociações (WINTER, 2010).

Os estudos de implementação de segunda geração começaram na década de 1980, levando a um grande confronto entre os modelos de análise de cima para baixo e de baixo para cima. A primeira abordagem, também conhecida como *top down* ou desenho prospectivo, foi desenvolvida por Mazmanian e Sabatier em 1983. O foco de análise nesta abordagem é o processo de formulação da política pública. Os problemas que poderiam surgir durante a implementação da política seriam de responsabilidade dos formuladores, que devem evitá-los seguindo orientações para elaboração das regras que estruturam a implementação, como por exemplo, manter a política clara, evitar ambiguidades na definição do objetivo e manter controle efetivo sobre os implementadores que teriam margem de manobra limitada (HILL, 2007).

A segunda abordagem do modelo de análise de implementação era formada pelos pesquisadores de baixo para cima, também conhecido como modelo *botton up*. Todos eles enfatizavam a influência da equipe de linha de frente ou dos trabalhadores de campo na realização de políticas de serviços sociais, transferências de renda e aplicação das leis pertinentes a cidadãos e empresas. Os trabalhadores de campo são, nesse caso, tomadores de decisão crucial e é enfatizada a incapacidade de políticos e gestores administrativos de controlá-los (WINTER, 2010). Considera-se que a política muda à medida que é executada. Assim, a implementação é percebida como um processo interativo de formulação, implementação e reformulação (MAZMANIAN; SABATIER, 1983).

Lipsky (1980) desenvolveu uma teoria sobre a "burocracia do nível de rua", que enfoca as decisões arbitrárias dos trabalhadores de campo em relação aos cidadãos, quando estão realizando a política para eles. Esse papel discricionário na prestação de serviços ou na aplicação de regulamentações torna esses burocratas atores essenciais na implementação de

políticas públicas. Segundo Lipsky (ibidem), eles são os verdadeiros formuladores de política e as condições de trabalho é que determinam a atuação desse tipo de burocracia.

Embora tentem fazer o melhor, os burocratas do nível de rua experimentam uma lacuna entre as demandas deles exigidas e sua intensa carga de trabalho. Nessa situação aplicam uma série de mecanismos de abordagem, criados para lidar com a complexidade do trabalho, que sistematicamente distorcem seu trabalho em relação às intenções da legislação. Primeiro, criam padrões de práticas que tendem a limitar a demanda, maximizar a utilização de recursos disponíveis e obter a conformidade dos clientes. Depois atribuem prioridade a suas tarefas, valorizando atividades fáceis em detrimento de tarefas complicadas e não programadas (LIPSKY, 1980).

No ciclo de políticas públicas, após a etapa de implementação segue-se a avaliação. Para Costa e Castanhar (2003), a avaliação é o exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple seu desempenho, sua implementação e seus resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos. É uma atividade permanente e não restrita à etapa final do ciclo da política pública, que informa sobre seus avanços e limites. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

Com o uso das técnicas de monitoramento e de avaliação, o governo (tomador de decisão) pode conhecer os resultados das suas intervenções, levando à aprendizagem institucional e a escolhas mais assertivas sobre em quais políticas deverá investir mais recursos e sobre quais devem passar por ajustes. Dessa forma, as metodologias avaliativas têm o potencial de elevar o padrão de qualidade do serviço e a ciência do gasto público. Além disso, têm um papel muito importante em fortalecer a prestação de contas das ações do governo (*accountability*) e aumentar a transparência (IJSN, 2018).

A elaboração de uma avaliação deve surgir da definição das questões que buscará responder. Várias questões de interesse podem aparecer no decorrer do ciclo de uma política pública, a depender de seu estágio de maturidade (antes, durante ou depois de sua implementação). Entretanto, uma avaliação deve ser objetiva quanto ao conjunto de informações que pretende levantar, uma vez que a natureza das questões da avaliação influencia diretamente o tipo de avaliação a ser conduzida e a metodologia a ser aplicada (IJSN, 2018).

Uma avaliação pode ser classificada de acordo com o momento em que é conduzida. Por exemplo, a avaliação *ex ante* é aquela que ocorre antes da implementação da política,

partindo do diagnóstico do problema social a ser enfrentado até o momento em que o planejamento e as escolhas são transformados em prática. Já uma avaliação *ex post* é realizada após a implementação da política. Diversos tipos de avaliação *ex post* podem ser desenvolvidos, com finalidades diversas e complementares, a depender das questões para as quais se buscam respostas (IJSN, 2018).

3 PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, os estudos de avaliação começaram a se desenvolver a partir da década de 1980, com diversas iniciativas desenvolvidas de forma progressiva nas décadas seguintes. Inicialmente, as avaliações em saúde foram realizadas com finalidade acadêmica e com a intenção de avaliar os serviços de saúde. Depois, as próprias políticas racionalizadoras que valorizavam o planejamento em saúde traziam em seus documentos tópicos que sugeriam uma preocupação com a avaliação. Apresentavam proposições relativas a um elenco de indicadores e montagem de sistemas de informação, sugerindo a intenção de imprimir racionalidade nas intervenções em saúde (PAIM, 2008).

Contandriopoulos et al. (1997) afirmam que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Tal julgamento pode resultar da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se realizar através de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Por intervenção entende-se o conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um determinado contexto, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Assim sendo,

> [...] a avaliação normativa é definida como sendo a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos trabalhadores e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas e a pesquisa avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando os métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa [...] (Contandriopoulos et al, 1997).

De acordo com Santos-Filho (2007) a avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

Para atender à demanda dos usuários, os serviços de saúde devem ser avaliados, periodicamente, procurando-se responder às seguintes questões: a infraestrutura existente atende às necessidades dos usuários? Os processos estão ocorrendo de maneira adequada? Os resultados obtidos são bons? Os usuários estão satisfeitos? A avaliação dos serviços de saúde,

tendo como referencial metodológico a PNH, torna-se um grande desafio, pois não se trata de um programa no qual se pode avaliar o cumprimento ou não de determinadas metas — faz-se necessária a criação ou adequação de indicadores capazes de dimensionar o quanto a reorganização dos processos de trabalho está sendo efetiva (SANTOS-FILHO, 2007).

> [...] necessidade de inventar indicadores capazes de expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive) (SANTOS FILHO, ibidem, p. 1000).

O esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian (1980), que classificou os indicadores utilizados para avaliação dos serviços de saúde em três grandes grupos, conhecidos como a tríade donabediana: estrutura, processo e resultado (SANTOS-FILHO, 2007).

Nesse contexto, a estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos, aos recursos e às condições físicas e organizacionais. São considerados indicadores de estrutura os insumos e recursos humanos, materiais e financeiros, utilizados no sistema de saúde. Assim, a estrutura é, muitas vezes, fácil de se observar e medir e pode ser a causa à montante dos problemas identificados no processo.

Na tríade donabediana, o processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, envolvendo atividades e procedimentos relacionados à prestação de serviços. A medição do processo é quase equivalente à medição da qualidade do atendimento, porque o processo contém todos os atos de entrega de cuidados médicos. Informações sobre o processo podem ser obtidas a partir de registros médicos, entrevistas com pacientes e profissionais ou observações diretas de visitas de saúde.

Por fim, os resultados correspondem às mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que podem ser atribuídas a um cuidado prévio. Assim, os resultados são vistos, muitas vezes, como os mais importantes indicadores de qualidade, porque a melhoria do estado de saúde do paciente — incluindo a qualidade de vida, as mudanças no comportamento e a satisfação do usuário com o serviço prestado — é o principal objetivo dos cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1980).

Os problemas e as vantagens da utilização de cada uma dessas abordagens são discutidos minuciosamente por Donabedian (1980, 1992), que considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado (1980). Já os resultados possuem a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo (1992). Donabedian

também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo (1980).

Considerando que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências, Donabedian (1992) conclui, então, que a melhor estratégia para avaliar a qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens. Nesse contexto, ele mesmo registra os limites do paradigma que elaborou, alertando para o fato de uma versão simplificada da realidade. Além disso, ele considera que a sua validade se relaciona com a existência de uma relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultados) — relação esta que é de probabilidade, não certeza. Donabedian sublinha, ainda, que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias do paradigma surgem mais frequentemente quando se separa o mesmo do âmbito clínico, para o qual foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação.

Em outra perspectiva, Silva e Formigli (1994), defendem que a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem em relação ao cuidado que recebe. Ou seja, o grau de satisfação ou insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infraestrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. Portanto, o grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado.

Ainda nessa perspectiva, Silva e Formigli (ibidem) assinalam que, em diversas condições clínicas, as relações interpessoais também podem interferir no próprio desfecho terapêutico. Em decorrência desses fatos, torna-se relevante a necessidade de se incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços.

Nesse sentindo, a satisfação do usuário pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Essas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos usuários. Desse modo, Vaitsman e Andrade (ibidem) destacam a importância de se considerar as possíveis variáveis que influenciam na satisfação ou insatisfação dos usuários de um serviço. Nessa linha de pensamento, há dois pontos relevantes: a compreensão de que é fundamental considerar

aspectos das experiências de vida de cada um e a percepção de que determinadas variáveis podem causar satisfação em um indivíduo e insatisfação em outro.

Nesse contexto, Junqueira e Auge (1995) evidenciam que o acesso é um aspecto que pode causar impacto na aceitabilidade dos serviços de saúde, em especial, os públicos. Em sentido mais amplo, a aceitabilidade se refere à entrada do usuário na rede, desde a sua recepção na unidade de saúde aos procedimentos necessários à sua admissão no serviço. Ao utilizar os serviços, o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades e expectativas, e o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, da sua entrada à sua saída da unidade de saúde. As populações de baixo poder aquisitivo, que dependem totalmente do serviço público de saúde até mesmo para garantir sua sobrevivência, valorizam mais este atributo em detrimento de outros, fato explicado pela própria condição de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Adicionalmente, Gouveia (2009) ressalta que os aspectos relativos à estrutura da rede assistencial (deficiências na estrutura física, equipamentos, etc.), à organização dos serviços de saúde e ao modelo de assistência (centrado no serviço e não na necessidade do usuário) também são determinantes para a satisfação do usuário, confirmando que o nível de qualidade dos serviços de saúde está baseado na tríade proposta por Donabedian (1980): estrutura, processo e resultado.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Nesta seção será abordado o histórico da Política Nacional de Humanização, desde os primeiros passos em direção à sua construção até as dificuldades enfrentadas na implementação da política.

4.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA

Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o SUS tem avançado na construção de um país mais justo, legitimando a saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor e demais formas de discriminação. Nessa perspectiva, em tese as diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, não representam mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde (MARTINS, 2010).

Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis à grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS (MARTINS, 2010).

Em 2000, diante do aumento significativo de queixas dos usuários referentes à qualidade do atendimento nas redes de saúde, foi lançado pelo Ministério da Saúde, e instituído por meio de portarias ministeriais (GM/MS nº 881, SAS/MS nº 202, ambas de 19/06/2001, e SAS/MS nº 210, de 20/06/2001), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O objetivo era claro: promover uma nova cultura de atendimento na saúde que apoiasse a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados por meio do aprimoramento das relações entre trabalhadores da saúde, usuários e profissionais, hospitais e comunidade (BRASIL, 2001). Para isso, o Ministério da Saúde formou um grupo de profissionais que implementou um projeto piloto em dez hospitais, distribuídos em diferentes regiões do Brasil, com diferentes realidades socioculturais, no intuito de desenvolver e testar uma metodologia que pudesse ser implementada para um número maior de instituições (BRASIL, 2001).

Os principais objetivos do projeto piloto foram: a) deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca dessas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios

que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2001).

Em suas linhas de ações, o PNHAH estimulou a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), constituídos por lideranças representativas do coletivo de profissionais, nas unidades hospitalares de todo o País, para discutir o tema e avançar no que se refere ao atendimento hospitalar humanizado no SUS, considerando tudo e todos os envolvidos nesse processo (as equipes, os gestores, os usuários, os meios físicos). Assim, essa iniciativa constituiu um grupo de multiplicadores do processo de humanização (GARCIA et al, 2010).

O documento oficial do PNHAH (BRASIL, 2001) apresentou um diagnóstico que apontava a insatisfação dos usuários referente à assistência, sobretudo no que diz respeito ao modo de se relacionar com o profissional de saúde, à incapacidade de compreensão de suas demandas, às necessidades e às expectativas. Ou seja, o foco da insatisfação, a princípio, não estava voltado para a falta de equipamentos, médicos, medicamentos e outros insumos. Além disso, o documento destacava a humanização como oposição a qualquer forma de violência e a necessária superação da dicotomia entre tecnologia e fator humano, priorizando, desse modo, uma melhora nas relações entre profissionais, usuários, instituição e comunidade (MARTINS, 2010).

As experiências obtidas por meio das ações oficiais do PNHAH demonstraram, entre outras queixas explicitadas pelos usuários, a supervalorização dos aspectos biológicos no processo de adoecimento, as relações extremamente impessoais, as dificuldades de comunicação com abusos de jargão técnico e a necessidade de rever os processos de trabalho. Além disso, as iniciativas trazem ao Ministério da Saúde a confirmação de que a desumanização não estava limitada à instituição hospitalar, mas que também era observada nos demais serviços públicos, sendo característica das práticas em saúde (MARTINS, 2010).

Foi o início do movimento oficial da humanização que teve como alvo primeiro o hospital, pela centralidade da instituição no modelo assistencial brasileiro, considerado como o núcleo *hard* da saúde, e seus rígidos modos de cuidar. Esse processo, iniciado nos hospitais, foi ganhando força, de modo que, em 2002, avançando na agenda pública de saúde do Brasil, foi realizada a *11ª Conferência Nacional de Saúde*, evento no qual se estabeleceram as diretrizes para a política de saúde com o tema "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social" (MARTINS, 2010).

O ano de 2003 foi marcado por uma série de passos rumo à construção do PNHAH. Uma equipe do governo foi convocada para um seminário com o objetivo de reunir as várias

iniciativas já existentes no campo da humanização da atenção à saúde. Pretendia-se superar o caráter fragmentário das ações por meio da definição e disseminação do conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde do SUS. O modelo de atenção e o modelo de gestão foram declarados como inerentes a uma proposta única, de forma que a humanização não ficasse limitada a projetos isolados (BRASIL, 2004a). A partir desse momento, a preocupação com a humanização deixou de ser para o Ministério da Saúde uma questão pontual, como a preocupação com o parto e o nascimento, ou de ações programáticas, como as relações na instituição hospitalar, e ascendeu à condição de política do SUS, passando para todo o sistema de saúde (MARTINS, 2010). O programa foi substituído, então, por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência, denominada Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS (BRASIL, 2004a).

Em 2004, foi possível ampliar significativamente o seu raio de ação, desenvolvendo um intenso processo de discussões e pactuações no âmbito dos estados, municípios e serviços, o que acontece por meio de dispositivos como grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional. Dessa forma, a PNH se capilarizava, resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do Ministério da Saúde. Essas ações eram acompanhadas da elaboração de conceitos e da criação de subsídios práticos que davam suporte às intervenções (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços, além das transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Na perspectiva da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização. Por um lado, valoriza-se a participação de atores, o trabalho em equipe e a chamada comunicação lateral. Por outro, democratizam-se os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como "clínica ampliada", capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (BRASIL, 2004a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), a PNH visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização de saberes. Seus princípios se baseiam em orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho e procuram não apenas se restringirem ao campo biológico, mas também reconhecer o direito das pessoas de poder participar de todos os processos que dizem respeito a sua vida relacionada aos serviços de saúde. São princípios da PNH: a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos.

As diretrizes que norteiam o trabalho da política são (BRASIL, 2006):

•Acolhimento: É construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipe e usuário com sua rede socio afetiva.

•Gestão Participativa e Cogestão: Expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

•Ambiência: Criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontros entre as pessoas.

•Clínica Ampliada: Ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.

•Valorização do trabalhador: Inclusão dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

•Defesa e Direitos dos usuários: Garantia dos direitos dos usuários, assegurado por lei, e incentivo ao conhecimento desses direitos para que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. O conjunto de práticas que atendem às diretrizes norteadoras da Política Nacional de Humanização, será considerada neste trabalho como “práticas humanizadas”. A ausência desta pratica humanizada na assistência hospitalar, ou o que se pode chamar de “práticas não humanizadas”, tem gerado alguns problemas que interferem na qualidade de serviços prestados pelo SUS, como por exemplo (BRASIL, 2006):

• Processos de trabalho fragmentados e enfraquecimento/desvalorização das relações entre os diferentes profissionais e usuários;

• Direitos de usuários não sendo plenamente respeitados;

• Modelo de atenção centrado na relação queixa/conduta, não considerando o meio no qual o indivíduo está inserido e o que pode estar causando determinadas intercorrências.

• Interação entre as equipes tornando-se cada vez mais precária/inadequada e demonstrando o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva que as práticas de atenção necessitam. O desempenho desta política exige, portanto, responsabilidade, colocando cada instituição a assumir o lugar de sujeito ativo no exercício de transformar a cultura de atendimento e de redesenhar a imagem do serviço público de saúde, tão desvalorizado ao longo da história diante da comunidade, garantindo assim, o bom funcionamento do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

4.2 O CUIDADO HUMANIZADO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Mediante a complexidade que rege o sistema de saúde, Leite e Strong (2006) defendem a necessidade de uma visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar. Enfatizam que no período de internação no hospital o paciente normalmente se encontra fragilizado pelo seu estado de saúde e pela própria situação exposta da internação, sendo retirado do seu cotidiano e passando a obedecer às regras institucionais. Faz-se necessário então que seja desenvolvida uma visão do ser humano como um ser singular, que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais.

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que significa caranguejo e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 a 377 a.C (BRASIL, 2018a). Atualmente, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2018a).

O câncer é uma patologia que há séculos vem se propagando na sociedade. Apesar dos avanços científicos, se desconhece o número de novos casos diagnosticados a cada ano devido à ausência de um sistema de saúde de registro de câncer, que cubra todo o território nacional. Segundo o Inca (2018b), as estimativas anuais de incidências são consideradas de grande valia, e as estimativas apresentadas para o biênio 2018-2019 apontam que no Brasil poderão ocorrer 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo Mathers et al. (2003), aponta a ocorrência de 420 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama

feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (BRASIL, 2018b).

Com relação ao tratamento, existem três formas principais: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração. A quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados quimioterápicos (ou antineoplásicos) administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. A radioterapia é o método de tratamento local ou locorregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas (BRASIL, 2018a).

Cada uma dessas modalidades encerra vantagens e prejuízos para o paciente, podem promover uma melhora no quadro, podem resultar inócuas e também podem trazer efeitos colaterais problemáticos. Nem todos os pacientes se beneficiam dos tratamentos e nem todos são atingidos pelos efeitos colaterais, ou com o mesmo grau de impacto, mas o senso comum costuma vaticinar tais efeitos, aumentando sua dimensão, o que, somado à informação não correspondente à realidade, pode levar ao sofrimento emocional e até mesmo à desistência do tratamento (BRAGANÇA, 2006).

Somando-se aos problemas relativos à doença, existem para o paciente uma série de outros problemas de cunho social, familiar, financeiro e emocional. Assim, o grupo social ao qual o paciente pertence também costuma apresentar sentimentos de pena, aliados a um afastamento da pessoa que adoece. As pessoas não sabem como agir e preferem manter-se à distância, o que é terrível para o paciente e sua família, pois é nessa hora que um apoio afetivo que os amigos poderiam dar tem uma importância muito grande (CARVALHO, 2002).

Apesar de saber que um diagnóstico de câncer atualmente não significa uma sentença de morte, o grupo social nem sempre acredita muito nisso e cria uma expectativa no sentido de ficar aguardando pela morte do paciente, conforme ressalta Carvalho (2002). Percebendo esse tipo de atitude como mais corriqueira em camadas menos informadas em relação aos avanços dos tratamentos e da ciência na cura do câncer.

Além disso, os problemas se tornam ainda mais agudos diante da falta de recursos para arcar com as despesas de exames e do próprio tratamento. Isso transforma um câncer inicialmente com bom prognóstico em um que só pode ser paliado, pelo tempo entre a detecção e o tratamento efetivo (BRAGANÇA, 2006).

Os programas governamentais e os centros de tratamento do câncer, no entanto, nem sempre dão relevo a toda essa complexidade, restringindo-se a tratar o corpo do paciente, sem considerar o caráter multifacetado do ser humano, o que pode ocasionar-lhe problemas de outras ordens e inclusive agravar o próprio quadro da doença (BRAGANÇA, 2006).

Os avanços tecnológicos na área da saúde reforçam o modelo centrado em prescrições e na produção de procedimentos, se afastando da dimensão do cuidado do ato da fala e da escuta, apesar da inserção do trabalho em equipe e da necessidade de outros profissionais de saúde para dar conta dos aparatos tecnológicos (VIANA, 2004). Com a profissionalização das áreas relativas à saúde e com a inclusão de novas tecnologias, o campo da saúde ganha aliados de peso para a cura de doenças antes sem nenhuma possibilidade de reversão. Esses avanços anteriormente mencionados passam a focalizar a doença e a cura com predomínio dos valores da eficiência técnico-científica, se deslocando do lado humano da relação com a pessoa doente (VIANA, 2004).

Giordini (2008) reconhece a existência, na saúde, de muitos profissionais cuidando dos pacientes por partes, quando esses necessitam de cuidados integrais. Muitas vezes desgastados física e emocionalmente, sem admitir as próprias limitações, acabam por fechar canais importantes de comunicação com o paciente e colegas de equipe, como a visão e a escuta. Embora se cobre nesse campo de atuação uma assistência humanizada, o que se vê nas instituições públicas e privadas são cenas de “desrespeito" à vida, o descaso frente à limitação e à dor alheia, o autoritarismo de administradores e médicos, o abuso do poder, a banalização do sofrimento e a indiferença aos direitos dos pacientes, entre outros.

Começar a pensar na inclusão da humanização na formação dos profissionais de saúde, com ênfase nas relações pessoais e nos processos de trabalho que valorizem responsabilização e vínculo com o paciente poderá ser um caminho para ajudar na melhoria da qualidade do atendimento oferecido. Pensar numa mudança de atitude, no resgate da simplicidade das relações e no envolvimento com responsabilização e zelo significa mudar a organização das unidades hospitalares, inserindo procedimentos, como o acolhimento com responsabilização da equipe, dentro de um processo de construção de sujeitos, profissionais corresponsáveis pelos processos que envolvem a saúde de todos. Trata-se de valorizar profissionais cidadãos responsáveis e acima de tudo, conscientes e felizes pela profissão escolhida (VIANA, 2004).

A humanização é, atualmente, um tema que vem marcando presença nos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da saúde coletiva. A humanização está relacionada com os movimentos que visam recuperar valores atualmente

esquecidos, nos quais a ética tem sido desprezada, ignorada, dando lugar ao individualismo e à competição acirrada entre as pessoas. Tem como propósito recuperar a dignidade humana, que vem sendo desconsiderada e destruída nos tempos pós-modernos. Busca em sua essência, reconhecer em cada indivíduo aquilo que lhe pertence: sua dignidade, já defendida pelos direitos humanos, embora não garantida (RIOS, 2009).

Segundo Pessini e Bertachini (2006) a humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, além de tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor ao seu principal objetivo, o doente/ser fragilizado. Busca oferecer ao paciente o tratamento que merece como ser humano, dentro das circunstâncias vividas no ambiente hospitalar.

Humanizar a saúde passa, inclusive, pela estrutura física dos hospitais e locais de atendimento aos usuários, pelos métodos administrativos adotados nas diversas instituições de saúde, pela imagem do serviço público, pela carência de medicamentos, pelos baixos salários e jornada dupla ou tripla que provoca o cansaço (GIORDINI, 2008).

Partindo desta perspectiva, cuidar é mais que um ato, é uma atitude que abrange mais que um modelo de atenção, representando uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização com o desenvolvimento afetivo do outro. Cuidar, antes de tudo, significa acolher e respeitar. Dentro das organizações tais atitudes são desempenhadas por pessoas, principalmente por profissionais da saúde (NASCIMENTO, 2010).

5 O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE

Para melhor compreensão e aproximação do local de estudo, nesta seção será apresentado um breve histórico do Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco, assim como sua estrutura organizacional e as ações de humanização que permeiam esta instituição.

5.1 HISTÓRIA E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) foi inaugurado em 14 de setembro de 1979, pelo Reitor Paulo Frederico do Rêgo Maciel. Sua criação teve como intuito apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE. Atualmente, a sua missão foi expandida atuando como hospital escola, centro de pesquisas científicas e prestador de serviços de saúde à população do Estado e da região Nordeste (HC, 2015).

No âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação (MEC), e tem como foco servir de campo para a prática na formação de profissionais da graduação e da pós-graduação. Oferece diversos programas de residências em saúde, uniprofissionais e multiprofissionais, que abrange os cursos de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, serviço social, psicologia e terapia ocupacional. Além disso, há atividades de estágio curricular para estudantes de graduação da UFPE e instituições conveniadas. Em relação à pesquisa, busca desenvolver novos conhecimentos na área da saúde e afins, sendo um importante centro de realização de projetos de pesquisa, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais. No que tange à extensão, aproxima a UFPE da sociedade por meio de projetos comunitários, em consonância com a Política Nacional de Saúde. Nesse sentido, a assistência prestada à população no hospital, no atendimento ambulatorial e na internação, também é considerada uma extensão universitária (HC, 2015).

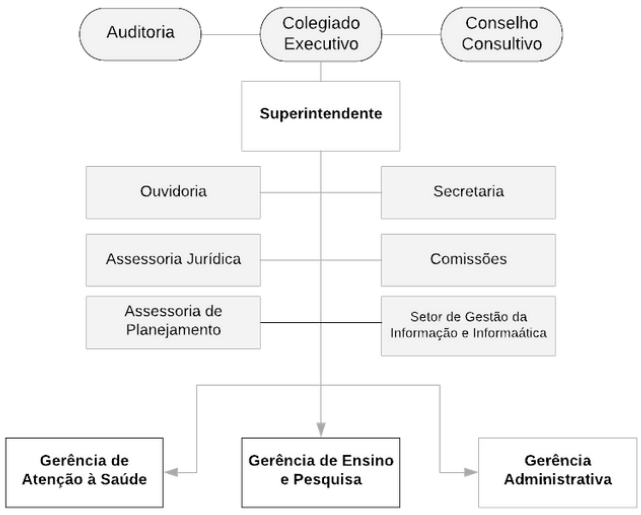
Por fim, no plano da assistência, integra o Sistema Único de Saúde, oferecendo atendimento médico hospitalar ambulatorial e de internação à população de Pernambuco e de outros estados da Região Nordeste, como referência de média e alta complexidade (HC, 2015).

Em 11 de dezembro de 2013, a Universidade Federal de Pernambuco assinou o contrato de adesão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Em 2014, a EBSERH passou a gerir o HC e a desenvolver um plano de reestruturação, construindo um novo modelo de gestão.

A estrutura organizacional (ilustrada pela figura 1) proposta para os hospitais que constituem o sistema EBSERH parte de diversos pressupostos. O principal deles diz respeito ao alinhamento com a estrutura prevista para a sede da empresa, de modo a assegurar coerência entre os objetivos, processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas. Além disso, a formulação dessa proposta partiu da análise de diversas estruturas existentes, de modo que o novo modelo contemplasse a realidade e forma de organização adotada nos hospitais. Portanto, levou em conta a necessidade de fortalecimento do núcleo operacional, que corresponde ao bloco no qual acontecem os processos de trabalho finalístico, que produzem e entregam os resultados finais do serviço. Neste núcleo estão situados os "setores" e "unidades", órgãos que facilitam a coordenação das atividades finalísticas e que permitirão a prestação de serviços assistenciais no hospital. Na linha intermediária, encontram - se as "divisões", órgãos que estabelecem a integração horizontal (entre os processos finalísticos, e entre estes e os de suporte) e a integração vertical (entre os níveis operacional e de suporte e a cúpula) (EBSERH, 2013).

Na cúpula, encontram-se as "gerências" que, em conjunto com os demais órgãos da estrutura de governança (colegiado executivo, superintendência), correspondem a instâncias decisórias e deliberativas do hospital (EBSERH, 2013).

Figura 1 - Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas-UFPE



Fonte: Adaptado de HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC - UFPE) (2017).

Administrado por um superintendente, auxiliado pelo colégio executivo, conselho consultivo e auditoria, o Hospital das Clínicas conta com três gerências: a de atenção à saúde

(GAS), a de ensino e pesquisa (GEP) e a administrativa financeira (GAF) (HC, 2017). O superintendente, de acordo com o Regimento Interno da EBSERH, é selecionado pelo reitor e indicado ao presidente da empresa. Em contrapartida, os gerentes de atenção à saúde e as chefias da divisão de gestão do cuidado são pessoas selecionadas por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva e pelo Superintendente, a partir de análise curricular que comprove qualificação para atendimento das competências específicas.

O quadro 1 detalha as competências de cada um destes gestores.

Quadro 1 - Competências dos Gestores

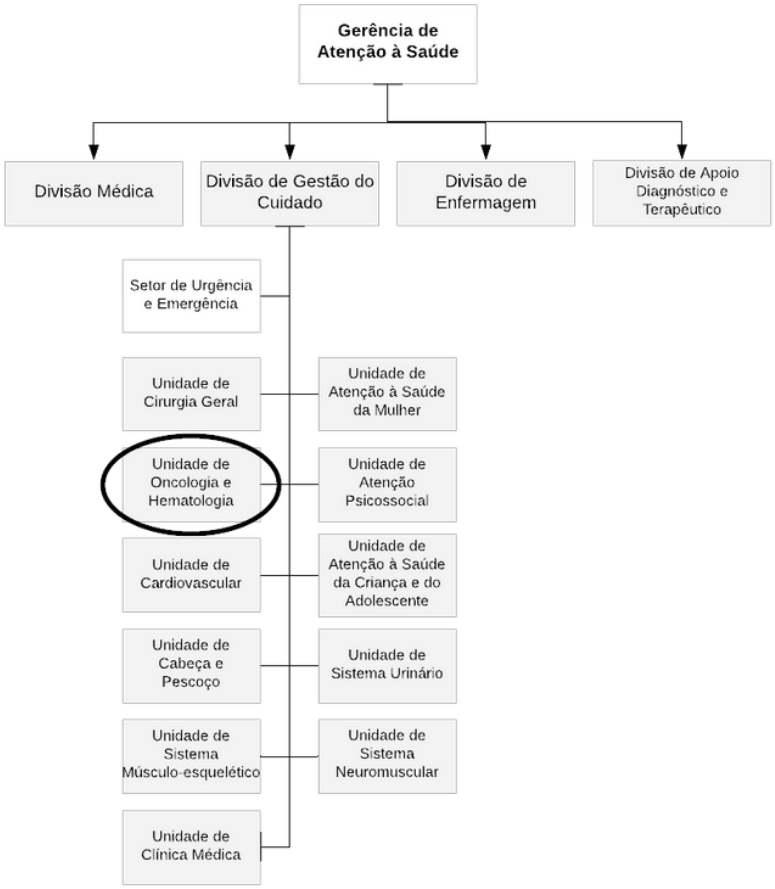
Gestor	Competências
Superintendente	Praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento das unidades hospitalares sob sua responsabilidade, observadas as diretrizes da Portaria EBSERH nº 125/2012.
Gerente de Atenção à Saúde	Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais; Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde; Coordenar a implantação das ações de atenção integral à saúde, com foco na organização de linhas de cuidado; Gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde; Articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção; Gerenciar o fluxo de atendimento e dos mecanismos de referência e contra referência entre o hospital e os serviços da rede de atenção à saúde; Monitorar a regularidade de abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares; Coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde vinculadas à Gerência; Implantar e gerenciar fóruns colegiados, no âmbito da Gerência, com vistas à gestão democrática e participativa; Fornecer à Superintendência informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde; entre outras.
Divisão de Gestão do Cuidado	Gerenciar o cuidado em saúde no âmbito do hospital; Implantar visita ampliada; Implantar mecanismos de desospitalização, visando opções às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; Articular as Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão para a implementação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde; Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; Gerenciar a implantação e implementação da horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares; Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da Divisão; Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Divisão; Acompanhar o abastecimento regular de instrumentais, medicamentos e insumos necessários ao funcionamento das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão; Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde; Consolidar o diagnóstico de necessidades e a

	proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Divisão; e Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

Fonte: Adaptado de EBSERH (2013).

A figura 2 mostra o organograma detalhado da Gerência de Atenção à Saúde (GAS), cujo objetivo é o cuidado com o paciente e a qual está vinculada a Divisão de Gestão do Cuidado e a Unidade de Oncologia e Hematologia, local onde será realizada a presente pesquisa. A GAS conta ainda com as divisões: médica, de enfermagem, de apoio diagnóstico e terapêutico e os setores: de urgência e emergência, projetos estratégicos em saúde, farmácia, vigilância em saúde e de regulação e avaliação em saúde (HC, 2017).

Figura 2 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado de HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC - UFPE) (2017).

5.2 INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO

O Hospital das Clínicas, atualmente, conta com um núcleo de humanização que é vinculado à Unidade de Apoio Corporativo e tem como objetivo agregar e potencializar as ações de humanização no hospital que, implementadas de forma integral, contribuem na mudança do padrão da assistência ao usuário interno e externo a curto, médio e longo prazo (HC, 2015).

O núcleo desenvolve ações relacionadas com a Política de Humanização em parceria com a sociedade e outras instituições. Em 2007 foi criado o Programa Manifestações de Artes Integradas à Saúde (MAIS), com o objetivo de promover a humanização no ambiente hospitalar, contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pacientes, acompanhantes, estudantes e profissionais que ali atuam, reduzir o nível de estresse, além de sensibilizar e estimular a comunidade do HC para novas experiências artísticas e culturais. O Programa é resultado de uma ação pactuada entre o Centro de Ciências da Saúde, por meio do Departamento de Patologia, Serviços de Patologia, Dermatologia e Centro de Artes e Comunicação, através dos Departamentos de Música, Teoria da Arte e Ciência da Informação. As atividades desenvolvidas pelo MAIS são musicais e cênicas, tais como: contação de histórias; oficinas de artesanato; palhaço terapia; mediação de leitura; oficinas de artes plásticas; exposições de fotografia; pintura e audiovisual; apresentação de canto coral e cantoria; produção de cordel e apresentação de artistas convidados. A assistência e as apresentações têm a participação de professores, alunos e funcionários (HC, 2015).

Um outro programa realizado pelo núcleo de humanização do hospital é o Programa de Apoio à Gestante Adolescente (Progesta) com orientações e assistência pré-natal a esse público. O Progesta é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar formada por médica pediatra e hebiatra (especialista em adolescentes), assistente social, enfermeiras, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e dentista. As atividades voltadas para as futuras mães adolescentes contam com oficinas educativas sobre as transformações físicas na gravidez, desenvolvimento fetal, sexualidade, relações de gênero, direitos da gestante, tipos e sinais de parto, aleitamento materno, planejamento familiar, paternidade, além de sessões de fisioterapia para diminuir o desconforto da gestação e facilitar o parto natural.

Vários procedimentos vieram contribuir para a humanização no âmbito do Hospital das Clínicas: algumas reformas estruturais em todo o hospital, como pintura e melhora do ambiente, principalmente da pediatria; treinamentos para o atendimento e classificação de risco, e mais recentemente a visita ampliada no leito da Unidade de Terapia Intensiva.

Além destas iniciativas, o hospital conta com a presença de uma ouvidoria, com o objetivo de auxiliar o cidadão por meio do diálogo. É um espaço para o cidadão registrar suas

denúncias, reclamações, sugestões e elogios. Anualmente, a ouvidoria realiza pesquisa de satisfação dos usuários e os resultados são direcionados à gestão a fim de desenvolverem ações a partir dos dados coletados.

Em 2018, a EBSERH lançou o documento “Diretriz EBSERH de Humanização: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde”. A diretriz tem como objetivo recomendar um rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na Rede EBSERH, a fim de possibilitar um trabalho coeso em rede (EBSERH, 2018).

De acordo com o documento, o fato de diversos hospitais que compõem a rede EBSERH já possuírem trabalhos em humanização, favorece a implementação de ações nos demais hospitais com a troca de experiências em rede. Portanto, definiu-se como necessária a adição de um documento formal, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários. No entanto, a ampliação das atividades para além das propostas no documento são incentivadas. Os hospitais têm autonomia para implementar novas ações de acordo com as suas necessidades locais (EBSERH, 2018).

6 **METODOLOGIA**

Neste capítulo são apresentados os aspectos relacionados aos procedimentos metodológicos da pesquisa.

6.1 TIPO DE PESQUISA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, por melhor traduzir a percepção da assistência, sob a ótica dos usuários do serviço, profissionais e gestores, e assim responder mais adequadamente aos objetivos do estudo.

De acordo com Richardson (2015) as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Este tipo de abordagem pode descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Aspina et al, (2003) pontuam alguns limites nos métodos qualitativos. Para estes autores, entrevistas face a face costumam inibir a honestidade de pacientes e familiares por medo de sofrer represálias, além de consumir bastante tempo para que se estabeleça um *rapport* entre pesquisador e usuários, sendo cansativo para pacientes debilitados. Outro aspecto a ser considerado remete à questão da alteridade na pesquisa qualitativa. De fato, de acordo com Minayo e Sanches (1993), uma vez que a pesquisa qualitativa promove uma aproximação entre sujeito e objeto, de natureza comum, é preciso diferenciar a compreensão que se tem do outro e da realidade, da compreensão introspectiva de si mesmo.

Outro questionamento comumente feito a pesquisas qualitativas é sobre a representatividade da fala individual em relação ao coletivo. No entanto, ao contrário do que se possa imaginar, embora as técnicas qualitativas se valham de uma amostra reduzida de sujeitos, elas não produzem, necessariamente, medidas exclusivamente individuais. Teóricos sociais têm mostrado que falas individuais são tecidas de material ideológico: são tramas de todas as relações sociais e acompanham as mudanças sociais de um grupo. Sendo assim, em apenas uma fala está contida toda a representação de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993).

O estudo de caso foi escolhido como método, uma vez que contribui para o conhecimento de fenômenos organizacionais e individuais, bem como processos e programas,

focalizando questões do tipo “como” e “por que", aproximando do objetivo desta pesquisa. Com este instrumento é possível ganhar evidências qualitativas, fazer observações específicas e descrições do mundo real para proceder às avaliações (YIN, 2004).

6.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas (HC), onde a pesquisadora atua como nutricionista. É um hospital universitário, de grande porte, referência em média e alta complexidade, localizado no *campus* da Universidade Federal de Pernambuco com todos os leitos (total de 418) dedicados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e distribuídos em várias especialidades médicas.

Atualmente o hospital conta com 1237 servidores pertencentes ao quadro do Regime Jurídico da União, 990 empregados públicos da EBSERH, 63 voluntários, 314 residentes e 479 profissionais terceirizados. Realiza em média 16.429 consultas ambulatoriais e 1.531 internamentos por mês, além dos exames de imagem, laboratoriais e cirurgias (site do HC/UFPE, 2019).

O campo de pesquisa foi a enfermaria de oncologia localizada no décimo primeiro andar, ala norte. Foi inaugurada em 11 de maio de 2015 e possui 18 leitos, destinados ao cuidado de pacientes em tratamento de câncer que necessitam do internamento por complicações clínicas ou realização de exames e/ou infusão de medicações.

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos pesquisados foram divididos em três grupos:

1) Usuários ou acompanhantes1 que se encontravam internados na Enfermaria de Oncologia do HC durante o período da pesquisa.

2) Profissionais de saúde pertencentes à equipe de Oncologia.

3) Gestores do hospital.

6.3.1 **Amostragem**

6.3.1.1 Usuários

De acordo com Gonçalves (2009) a representatividade e imparcialidade na definição da amostra de uma pesquisa são questões importantes que devem ser levadas em conta, pois para ser apropriada a amostra tem que ser representativa, ou seja, deve conter em proporção tudo o

que a população possui. Além disso, todos os elementos da população devem ter igual oportunidade de fazer parte da amostra, ou seja, também deve ser imparcial.

A amostragem não probabilística é uma amostragem subjetiva. Nesse caso, por ter conhecimento prévio do seu público alvo, o pesquisador escolhe a amostra que, na sua opinião, representa a população. Portanto, há a influência do pesquisador nessa escolha, o que em alguns casos pode ser considerado bom, e em outros representa um perigo quanto à representatividade dessa amostra (STEVESON, 1981). Um exemplo de amostra não probabilística é a amostragem intencional, também chamada de amostra por julgamento.

Ao utilizar a amostragem intencional, o pesquisador deve ter pleno ou grande conhecimento da população para que ao escolher deliberadamente os elementos da amostra possa escolher os que consideram mais representativos (COSTA NETO, 1977).

Com o objetivo de garantir uma amostra dos usuários representativa e assim enriquecer a pesquisa em termos qualitativos, utilizou-se o critério de amostra intencional. Como esse tipo de amostra requer o conhecimento da população e dos elementos selecionados, foi realizada uma pesquisa na literatura sobre os fatores que influenciam a vulnerabilidade de pessoas com câncer, podendo estes fatores também interferir nos aspectos relacionados ao processo saúde-doença.

A matriz de vulnerabilidade representada no quadro 2 abaixo, indica as variáveis, os grupos de riscos e os achados da literatura relacionados com tais vulnerabilidades.

Quadro 2 - Matriz de Vulnerabilidade de Pessoas com Câncer

Variáveis	Grupos de Risco	Referências
Nível Socioeconômico	Baixo	Há evidências que o prognóstico do câncer em pacientes mais pobres é pior do que nos mais ricos em todas as sociedades em que foram comparadas as taxas de sobrevida segundo o status socioeconômico. As condições socioeconômicas se relacionam com os demais fatores que influenciam a sobrevida de câncer por refletirem o acesso limitado ao diagnóstico e tratamento, a dificuldade de hábitos saudáveis e a capacidade de autocuidado (WÜNSCH-FILHO et al. 2008).
Etnia	Negros	As taxas de mortalidade de vários tipos de câncer mais comuns são maiores entre os negros em comparação com qualquer outro grupo étnico/racial. Nos EUA, para todos os tipos de câncer combinados, a taxa de mortalidade entre os negros é 25% maior do que entre os brancos (WAGNER et al, 2012). Em estudo realizado por Amorim et al (2006), as mulheres de cor auto referida como preta ou parda apresentaram

		maior prevalência de não realização do exame de Papanicolau, achado que persiste mesmo após ajuste para idade e escolaridade, apontando a existência de desigualdade racial quanto ao acesso ao exame de citologia oncótica cervical, utilizado para a detecção precoce de câncer de colo do útero.
Tipos de Câncer	Pulmão, estômago, próstata, colón e reto, mama e colo do útero	Aparecem entre as seis maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira (BRASIL, 2018a).
Faixa Etária	60-79 anos	De acordo com BRASIL (2018a), o número total de óbitos por câncer é maior na faixa etária que abrange indivíduos entre 60 e 79 anos, em ambos os sexos. A menor sobrevivência ao avançar da idade pode estar associada à presença de comorbidades e à piora da situação geral de saúde com o envelhecimento.
Gênero	Masculino	Existem diferenças na estruturação e amplitude das políticas públicas que enfocam a saúde do homem e da mulher no Brasil, no que diz respeito à vigilância e o controle de cânceres genitais. Outras possíveis explicações são a maior exposição a fatores de risco, procura menos frequente por serviços de saúde e o baixo valor ao autocuidado (BARBOSA et al, 2015).
Estado Civil	Mulheres Solteiras, separadas e viúvas	O fato de não possuir cônjuge e, portanto, não ter vida sexual ativa, têm sido identificados como um dos fatores associados à não realização do exame de Papanicolau, destinado ao rastreamento de câncer de colo do útero no estágio inicial (AMORIM et al, 2006).
Barreiras Geográficas (acessibilidade)	Pessoas que vivem no interior	Pesquisa envolvendo 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados a um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) mostrou que, entre 1995 e 2002, 45,5% das mulheres apresentavam o câncer de colo de útero nos estádios III ou IV no momento do diagnóstico. Esses dados refletem problemas no acesso aos serviços, revelando, sobretudo, carência de centros de oncologia fora das grandes capitais do país (THULER; MENDONCA, 2005).

Fonte: A autora (2019).

Logo, a matriz identificou entre outras variáveis, que questões socioeconômicas, étnicas, tipos de câncer, faixa etária, gênero, estado civil e as barreiras geográficas que impedem a acessibilidade aos serviços de saúde, são os principais fatores que podem interferir na vulnerabilidade ao câncer, mudando também a maneira de enfrentamento à doença. Procurou-

se então contemplar participantes com essas características pelo julgamento de que são os mais adequados para fornecer respostas ao problema proposto.

6.3.1.2 Profissionais

Com relação ao quadro técnico de pessoal, ainda que a pesquisa tenha caráter qualitativo, teve-se a preocupação de não deixar nenhuma categoria de fora. Logo, optou-se por selecionar uma amostra mínima de cada categoria profissional que atua diretamente no serviço de internamento da oncologia. A tabela 01 exibe o quantitativo dos profissionais do serviço de oncologia, e a amostra tomada para este estudo a partir deste grupo.

Tabela 1 - Quantitativo dos profissionais no serviço de oncologia

Profissionais	**População**	
	total	**Amostra**
Médicos	09	02
Enfermeiros	12	04
Técnico ou Auxiliar de enfermagem	25	06
Equipe multiprofissional (composta por terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo)	05	02
Total	**51**	**14**

Fonte: A autora (2019).

6.3.1.3 Gestores

Para a escolha dos gestores, levou-se em consideração aqueles que possuem ligação direta com a unidade de oncologia, considerando o organograma do Hospital das Clínicas (ilustrado pelas figuras 1 e 2), a saber: superintendente, gerente de atenção à saúde e chefe da divisão do cuidado.

6.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2019, em turnos alternados, com a finalidade de contemplar profissionais em todas as escalas de trabalho. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos:

1) **Aplicação de questionário:** Este instrumento continha perguntas referentes à caracterização dos sujeitos, portanto adequado a cada uma das categorias participantes: usuário ou acompanhante (Apêndice A), profissional de saúde (Apêndice B) e gestor (Apêndice C).

2) **Entrevista semiestruturada:** Foi utilizado um roteiro diferenciado de perguntas abertas, adequado a cada uma das categorias participantes: usuário ou acompanhante, profissional de saúde e gestor[1]. As perguntas norteadoras foram elaboradas pela pesquisadora e eram todas relacionadas ao objeto deste estudo – a política de humanização da saúde – dando ao entrevistado a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema.

A entrevista é um método de coleta de dados quantitativos ou qualitativos por meio de perguntas feitas oralmente. Perguntas qualitativas são abertas, ou seja, podem ser respondidas com as próprias palavras do entrevistado. É bastante útil para reunir perspectivas subjetivas dos entrevistados, ou seja, obter informações mais detalhadas sobre a percepção, *insights*, atitudes, experiências ou crenças (IJSN, 2018).

O registro das falas dos entrevistados foi efetivado por meio de gravação. Durante a entrevista, o pesquisador deve manter-se na escuta ativa e atento a todas as informações fornecidas, tomando precauções para não as distorcer, interferindo com discretas interrogações, de modo a auxiliar o entrevistado a completar a sua ideia ou pensamento sobre a questão discutida. Desta forma, é necessária uma atitude disponível à comunicação, além da escolha de um diálogo descontraído, de forma a possibilitar a expressão, livre de receios e constrangimentos por parte do entrevistado (CHIZZOTTI, 1991).

O roteiro da entrevista foi validado antes da coleta de dados, isto é, foi testado com cada uma das categorias (usuários, profissionais e gestor), com necessidade de readequação na formulação de algumas perguntas, visando uma melhor compreensão.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, conforme disponibilidade dos participantes. Como não havia um local totalmente preservado, foram necessárias algumas adaptações para uma maior privacidade, como por exemplo, utilização da sala de prescrições, ou esperava-se um momento em que o companheiro do quarto saia para realização de algum exame ou procedimento. Na maioria das vezes foi possível realizar a entrevista no próprio leito, uma vez que só havia um paciente internado no quarto. Com os profissionais de saúde, procurava-se encontrar um local no posto de enfermagem ou em alguma sala reservada. A entrevista com os gestores foi realizada na sala dos mesmos, com a privacidade preservada.

6.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

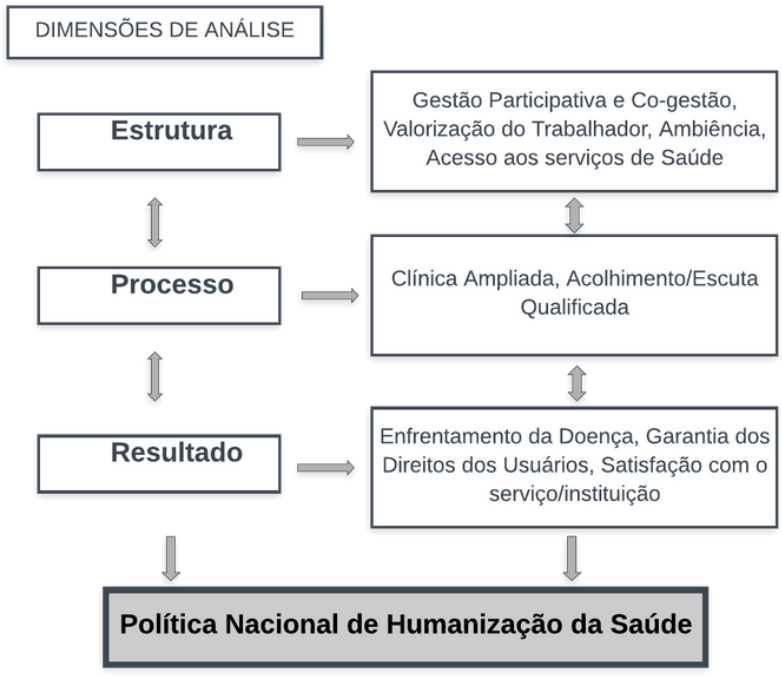
[1]a entrevista com os gestores foi elaborada com base no documento "Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH: Diretrizes Técnicas", o qual define as competências de cada esfera administrativa no âmbito dos hospitais administrados pela rede EBSERH, inclusive o Hospital das Clínicas da UFPE.

Foi realizada análise descritiva para fornecer aspectos importantes sobre a amostra a respeito dos dados sociodemográficos coletados. A estratificação e a tabulação dos dados foram realizadas com o auxílio do programa *Microsoft Excel* 2010.

Para as perguntas abertas foi realizada a análise de conteúdo, a qual deve desdobrar-se em três fases, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise ocorreu uma leitura flutuante do material que compõe o corpus para análise; em momento posterior, realizou a exploração do material, sendo a fase em que são realizadas as operações de codificação, classificação e agregação em função dos significados. Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos, inferência e a interpretação das unidades qualitativas de significação (BARDIN, 2016).

Para análise a agrupamento dos resultados, optou-se por estabelecer articulações entre o conteúdo expresso pelos participantes da pesquisa e o referencial teórico da investigação, visando responder às indagações referendadas nos objetivos, sem perder de vista a complexidade do fenômeno estudado. Foi adotado como abordagem teórica o modelo proposto por Donabedian de estrutura-processo-resultado, como ilustrado pela figura 3.

Figura 3 - Modelo de análise: Diretrizes da Política Nacional de Humanização



Fonte: Adaptado de Donabedian (1980).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foi respeitada todas as recomendações conforme prevê Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Assim, antes do procedimento da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFPE, sendo aprovado no dia 04 de junho de 2019, sob o número do CAAE: 13010619.5.0000.8807. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, no qual estavam contemplados os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, a identidade preservada dos entrevistados e a isenção de qualquer custo, conforme prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de manter o sigilo com relação à identificação dos entrevistados, os mesmos foram categorizados em:

a) Usuários: U1 para o primeiro entrevistado, U2 para o segundo entrevistado, e assim sucessivamente até atingir o U22.

b) Profissionais: P1 para o primeiro entrevistado, P2 para o segundo entrevistado, e assim sucessivamente até atingir o P14.

c) Gestão: G1 para o primeiro entrevistado, G2 para o segundo entrevistado, e G3 para o terceiro entrevistado.

7 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com Santos-Filho (2007), a avaliação deve ser conduzida por todos os envolvidos na política pública. Portanto, considerando-se a proposta metodológica, quatro dimensões e seus resultados pontuam a discussão: 1) Estrutura, 2) Processo, 3) Resultado e 4) Percepção sobre humanização. Os achados em relação ao processo de humanização foram sistematizados com base no modelo proposto por Donabedian (1980), de modo a deixar mais visíveis os desafios a serem enfrentados no processo de humanização da saúde, como eixo norteador do SUS.

A dimensão Estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais e humanos (quantitativos) existentes no âmbito da assistência à saúde. A dimensão Processo engloba as atividades e/ou os procedimentos de trabalhado. Já a dimensão Resultado enfatiza os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida.

As diretrizes e os princípios da PNH foram tomados como eixos norteadores da análise dos dados, orientando no entendimento dos depoimentos dos usuários e/ou familiares, dos profissionais e dos gestores.

Nos próximos tópicos deste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados do presente estudo, com base nas entrevistas realizadas com os usuários do serviço, profissionais de saúde, e gestores.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

7.1.1 **Usuários**

Foram entrevistados 22 (vinte e dois) usuários, sendo 20 (vinte) pacientes e 2 (dois) acompanhantes da Enfermaria de Oncologia do HC-UFPE. Entrevistas semiestruturadas foram utilizadas com 7 (sete) perguntas referentes à PNH. Os pacientes e acompanhantes, de maneira geral, demonstraram atenção e responderam às perguntas com interesse, levando de 15 a 30 minutos para conclusão de cada entrevista. Anteriormente, explicou-se a cada um dos participantes o motivo da pesquisa e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura (Apêndice A) do mesmo. Apenas uma paciente se recusou a participar da pesquisa.

Quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde, a perspectiva do usuário tem se apresentado como um aspecto de grande importância e tem recebido elevado reconhecimento. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto diretamente na melhoria da relação entre ele e o serviço. Desse modo, é imprescindível conhecer como esses usuários avaliam os serviços de saúde para, assim, buscar seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003).

Para alguns autores, a avaliação quanto ao cuidado prestado pode estar associada a algumas variáveis do usuário: características pessoais dos pacientes, relações interpessoais entre o profissional e o paciente, acesso, aspectos da estrutura física e organizacional dos serviços e a forma como os usuários entendem seus direitos e estruturam suas expectativas frente aos serviços de saúde (WEISS, 1988; FORMIGLI, 1994; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Na mesma perspectiva, alguns autores descrevem que as características individuais como idade, gênero, grau de escolaridade, ocupação e hospitalizações anteriores são fatores que podem impactar no grau de satisfação do paciente hospitalizado (LIU; WANG, 2007; ALHUSBAN; ABUALRUB, 2009).

Esperidião e Trad (2005) reforçam que as pesquisas devem considerar o aspecto socioeconômico e cultural de cada população, observando-se as diferentes realidades de cada local.

No presente estudo, a idade dos usuários variou entre 23 e 86 anos, com média de 53 anos. Metade eram do sexo feminino, e pouco mais da metade referiu ter cursado o ensino fundamental (completo ou não), com apenas 01 entrevistado com curso superior completo. A maioria também era residia na Região Metropolitana do Recife (RMR), e apenas 02 pessoas residiam em outro Estado. Um pouco mais da metade estava em tratamento quimioterápico e nenhum dos participantes relatou internamento prévio em instituição privada, apesar de poucos já terem tido algum acesso à saúde suplementar.

Tabela 2 - Distribuição das características socioeconômicas dos usuários entrevistados, HC – UFPE, 2019

	Variáveis	N
Sexo		
	Masculino	11
	Feminino	11
Faixa Etária		
	20 a 50	08
	50 a 70	12
	>70 anos	02

Escolaridade		
	Analfabeto	02
	Fundamental incompleto	08
	Fundamental completo	04
	Médio incompleto	02
	Médio completo	04
	Superior incompleto	01
	Superior completo	01
Situação Ocupacional		
	Empregado	02
	Não trabalhador	06
	Autônomo	07
	Aposentado/pensionista	06
	Auxílio-doença	01
Estado Civil		
	Solteiro	06
	Casado/viúvo (a)	11
	Viúvo (a)	04
	União estável	01
Local de Residência		
	Região Metropolitana do Recife	15
	Outras regiões (PE)	05
	Outras regiões fora do Estado	02
Metástase		
	Sim	12
	Não	10
Tratamento		
	Quimioterapia	12
	Radioterapia	02
	Medicamentoso	04
	Cirúrgico	02
	Paliativo	02
	Indefinido	01
Internamento anterior em instituição privada		
	Sim	-
	Não	22

Fonte: A autora (2019).

7.1.2 **Profissionais**

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde, com ensino técnico e superior, de ambos os sexos, sendo 11 mulheres e 3 homens, com idades entre 33 e 58 anos. O tempo de exercício profissional no HC variou de 01 a 25 anos. A maioria dos profissionais pertenciam ao quadro de pessoal da EBSERH, totalizando 11 profissionais em regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e 3 pertencentes ao Regime Jurídico da União (RJU).

7.1.3 **Gestores**

Segundo Deslandes (2005), trabalhar a ótica dos gestores de diferentes níveis hierárquicos constitui estratégia metodológica para identificar eventuais diferenças entre as concepções e as trajetórias institucionais. Analisar a perspectiva desses dirigentes, muitos deles os protagonistas da criação dessas iniciativas, permitiria compreender melhor as diretrizes e as lógicas de sua implementação. IA inclusão dos diretores das unidades de saúde possibilitaria a exploração da identidade política que o conjunto dessas iniciativas foi ganhando a partir da mediação entre as orientações da política e a dimensão do cotidiano dos serviços (DESLANDES, ibidem).

O HC é um dos órgãos suplementares da UFPE diretamente subordinado ao reitor para efeito de supervisão e controle administrativo. É administrado por um superintendente, auxiliado pelo colégio executivo, pelo conselho consultivo e pela auditoria. O órgão possui, ainda, três gerências: a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e a Gerência Administrativa Financeira (GAF) (HC, 2017).

Nessa perspectiva, foram entrevistados três gestores, sendo dois homens e uma mulher. Todos médicos de formação. O tempo de atuação na gestão do HC variou entre dois e seis anos. Todos os profissionais com cargo de gestão pertencem ao quadro de pessoal da EBSERH.

7.2 DIMENSÃO ESTRUTURA

Considerando o referencial teórico para análise, na perspectiva das dimensões propostas por Donabedian (1980), as falas dos participantes foram organizadas em três categorias empíricas entendidas como condições pertencentes à dimensão estrutura do modelo:

1) Aspectos Ambientais e subcategorias: Qualidade das instalações e disponibilidade de suprimentos para atendimentos dos usuários;

2) Aspectos Humanos e subcategorias: Quantitativo de profissionais *versus* demanda e valorização do trabalhador;

3) Aspectos Organizacionais e subcategorias: Gestão compartilhada/cogestão e acesso aos serviços de saúde.

7.2.1 **Aspectos Ambientais: Qualidade das instalações e disponibilidade de suprimentos para atendimentos dos usuários**

A estrutura predial do HC-UFPE começou a ser construída na década de 1950, passando um período paralisada, até ser inaugurada em 1979. Em 1981, começaram a funcionar as clínicas especializadas, como Cirurgia Geral, Reumatologia e Gastroenterologia. As enfermarias foram os últimos setores trabalhados nesse processo. No final da década de 1990, o hospital passou por sua primeira grande reforma, quando foram remodelados o Bloco Cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a Enfermaria de Nefrologia e dois andares, o 10º e o 11º (HC, 2015).

A Enfermaria de Oncologia, localizada no 11º primeiro andar, foi inaugurada em 2015 com o objetivo de atender os pacientes em tratamento oncológico ambulatorial que necessitassem de internamento. É, portanto, a enfermaria mais nova do hospital, tanto com relação aos serviços quanto em termos de estrutura.

De acordo com Giordani (2008), humanizar a saúde deve passar, inclusive, pela estrutura física dos hospitais e locais de atendimento ao usuário, enfatizando a cidadania e a vida humana e aprimorando a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos do Brasil. Assim, a atenção para a aparência do local pode ser interpretada como uma alternativa para que o usuário se sinta acolhido no hospital.

O resultado da percepção dos usuários relacionado à ambiência mostrou opiniões divididas. Foi possível observar um certo grau de comodidade nas seguintes falas:

> "Pra vista dos outros hospitais por aí, aqui é tudo limpinho, é de instante em instante o menino passando pano lá" (U1, 57 anos, homem, autônomo, casado, RMR, câncer gástrico).

> "Tô nem com vontade de ir embora mais não. Aqui é bom demais. [...] eu tô aqui em um apartamento de cobertura, tem ventilação. À noite quando tô sem sono, dou uma olhada pela janela (risos)" (U11, 69 anos, homem, aposentado, casado, RMR, mieloma múltiplo).

> "Pelo menos esse leito que eu tô aqui, tô achando ótimo, não sei nos outros lá pra baixo, nos outros andares. Agora mesmo o rapaz passou e limpou" (U8, 51 anos, homem, autônomo, casado, interior da Paraíba, câncer de próstata).

Por outro lado, alguns usuários se mostraram insatisfeitos com o ambiente do hospital:

> "Eu mudava logo essas cadeiras dos acompanhantes, chuveiro elétrico em todos os quartos e capacitação para os funcionários cada vez mais tratar bem (não é que eles tratam mal, não sabe? Não tenho o que falar das meninas não)" (U15, 49 anos, homem, aposentado, casado, RMR, câncer de próstata).

> "A limpeza ainda falta muito, né? Alimentação ainda falta muito. Os médicos, não. Os médicos são ótimos, mas o conforto falta muito [...] olha (aponta para a cadeira do acompanhante), vê? Isso é conforto pra uma pessoa passar a noite toda dormindo? Não tem condições. Meu filho dormiu aqui comigo (na cama). Trouxe uma cadeira de casa" (U17, 62 anos, mulher, aposentada, solteira, câncer de tireoide).

No âmbito da saúde, a ambiência diz respeito ao tratamento do espaço físico compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, com vistas ao oferecimento de atenção acolhedora, resolutiva e humana. Para além da composição técnica dos ambientes, visa à construção de espaços a serem vivenciados por grupos de pessoas com seus valores culturais e suas relações sociais. O conceito de ambiência se orienta essencialmente por três eixos: a confortabilidade focalizada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço de encontro de sujeitos; e o espaço como ferramenta facilitadora dos processos de trabalho (BRASIL, 2006).

De acordo com Thibaud (2004), cada espaço possui ambiências que o caracterizam. Essa ambiência é estabelecida pelos fatores visíveis e invisíveis que impregnam o lugar e definem sua identidade, influenciando o comportamento das pessoas que vivem no local ou o percorrem. Entre os diversos aspectos que a compõem, os físicos exercem grande influência, não sendo menos importantes os culturais, sociais, de uso e de temporalidade.

Alguns profissionais, expuseram uma falha relacionada à ambiência que pode repercutir diretamente na saúde, no conforto e na percepção dos pacientes. Eles apontam que o contato entre pacientes em cuidados paliativos de fim de vida e pacientes em início de tratamento pode causar um sentimento de medo e angústia para os usuários e acompanhantes, influenciando no estado emocional e, consequentemente na evolução do tratamento, sendo essencial um ambiente mais acolhedor para colocar em prática o cuidado humanizado:

> “Aqui em Oncologia, temos muitos pacientes em cuidados paliativos em fase já terminal e tem outros que não, os quais estão descobrindo a doença agora, estão em início de tratamento, não sabem ainda o que é essa doença e às vezes ficam junto desses pacientes em cuidados paliativos, e acho que interfere. Se fossem separados como em outros hospitais, ter essa separação já seria um passo para implementar a humanização, pois vendo os pacientes em cuidados paliativos já ficam com medo de ser o próximo, pois é uma situação complicada devido ao número grande de óbitos. Já teve noite de ter três óbitos. Isso interfere muito no paciente que está do lado que está iniciando tratamento” (P6, 42 anos, 20 anos de HC).

> “Por exemplo, se for fazer um procedimento mais humanizado não temos estrutura adequada. Falta isolamento de pacientes que estão com as condições clínicas mais

> debilitadas. Só é considerada a condição física e de diagnóstico. Essa conduta mais humanizada não vemos como uma rotina profissional" (P8, 33 anos, 3 anos de HC).

A EBSERH, em sua cartilha sobre humanização, destaca a importância de se desenvolverem projetos de ambiência, que devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (EBSERH, 2018). Portanto, se o espaço em questão for a Oncologia, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, o paciente, que se encontra afastado de seu ambiente familiar, social e do seu cotidiano como um todo, é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante como mencionado pelos profissionais acima.

Com relação aos materiais disponíveis para a continuidade do tratamento, a maioria dos usuários relataram não ter lhe faltado nenhum tipo de medicação durante o internamento. Alguns relataram que faltou medicação ou material por momentos breves e que a situação foi logo resolvida pelo hospital. Apenas uma paciente relatou se sentir prejudicada com a continuidade do seu tratamento visto que faltou o medicamento para realizar a sua quimioterapia. Os depoimentos estão relatados a seguir:

> "Eu venho aqui remédio tem, comida tem, água pra tomar banho tem" (U8, 51 anos, homem, autônomo, casado, interior da Paraíba, câncer de próstata).
>
> "Faltou fralda, absorvente, mas aí foi 01 dia só, no outro dia, chegou e já foram logo oferecendo" (U13, 86 anos, mulher, pensionista, viúva, RMR, câncer de endométrio).
>
> "O único remédio que faltou agora pra mim foi morfina, mas chegou logo, nunca faltou nada pra mim não" (U15, homem, 49 anos, aposentado, casado, RMR, câncer de próstata).
>
> "Agora mesmo eu tô internada nesses três dias porque não tem a bombinha pra levar pra casa, só tem se ficar internada e me internei só por conta disso" (U12, 62 anos, mulher, casada, superior completo, RMR, câncer de cólon).
>
> "Quem teve aqui foi o coordenador: Oh dona... a gente tá providenciando (a quimioterapia)! Aí eu disse espero que seja, dois meses já, ainda tá providenciando? Rapaz se o câncer fosse veloz já tinha morrido... [...] enquanto isso nós tamos aqui né, deu um treco em mim em casa, vai ver que é a falta da quimio" (U17, 62 anos, mulher, aposentada, solteira, câncer de tireoide).

O Hospital das Clínicas, enquanto hospital universitário, possui grande relevância para a rede de atenção terciária (média e alta complexidade) e quaternária (realização de transplantes). Com todos os seus leitos dedicados ao SUS, o HC atende não só a população pernambucana, mas também cidades e regiões vizinhas, o que pode ser visto no perfil da população entrevistada, na qual encontramos dois usuários vindos da Paraíba excepcionalmente

para realizar o tratamento oncológico. Contudo, os hospitais universitários estão envolvidos na crise da universidade, enfrentando graves problemas de ordem econômica e financeira, como o recente corte de orçamento para as instituições de ensino superior. Além disto, possui todos os entraves burocráticos de uma instituição federal relacionada a compras, aquisições e até possíveis reformas. Então, problemas estruturais, visto a estrutura antiga[2] e carente de reformas, e a falta momentânea de alguns materiais e medicamentos são compreensíveis visto a dinâmica de funcionamento da unidade.

7.2.2 **Aspectos Humanos: Quantitativo de profissionais, Demanda e Valorização do Trabalhador**

Na prática cotidiana, a implementação da humanização não parece ser simples, visto a multiplicidade dos conceitos e as dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde.

Os profissionais manifestaram que a rotina diária no ambiente da oncologia, somando-se ao nível de sobrecarga de trabalho física e mental devido à instabilidade dos pacientes ali internados, interfere diretamente para a prática do cuidado humanizado, além de levar ao adoecimento dos próprios profissionais, o que pode ser evidenciado nas falas a seguir:

> "Porque as vezes a gente também fica descompensado em ver o sofrimento do paciente e não poder fazer nada. Aí eles poderiam investir mais na psicologia, em um profissional psicólogo" (P4, 49 anos, 04 anos de HC).

> "[...] teve um treinamento de doença clínica e perguntei ao psicólogo que fez uma palestra lá para realizar uma consulta, por que como eu sai de outro setor por motivo de doença deve ter outros colaboradores, e ele informou que não tinha psicólogo, mal tinha para os pacientes... deixa muito a desejar, pois meche muito com seu psicológico, eu pensei que não ia conseguir ficar, trabalhar com oncologia, mas devido a necessidade fui ficando e me adaptei. Mas a rotina é pesada, pois quando tem óbito você sai arrasada e são pacientes que demoram e acaba criando um laço de amizade" (P5, 43 anos, 09 anos de HC).

> "[...] vemos que o profissional de saúde adoece bastante, que é uma realidade muito difícil e ainda mais sem o apoio de um profissional de saúde mental" (P12, 38 anos, 04 anos de HC).

> "[...] não tem uma atenção no profissional e aqui é um setor muito pesado psicologicamente e acredito que falta uma atenção psicológica aos profissionais que trabalham nessa área" (P9, 35 anos, 01 ano de HC).

> "Temos falta de material, que já é um problema, falta de medicação, equipamento, muitas vezes as condições e excesso de trabalho, trabalhamos muito e é um trabalho pesado. O que falta pra gente é um apoio psicológico para os profissionais que trabalham aqui" (P11, 58 anos, 25 anos de HC).

[2]Em 2019 o Hospital das Clínicas comemora os seus 40 anos de existência.

Segundo Brito e Carvalho (2010) o profissional pode sentir um grau de cansaço, principalmente ao encerramento do seu turno de trabalho, e esta pode ser uma das razões para o mau humor, porém não deve se tornar uma justificativa plausível. A demora no atendimento pode ser resultado de inúmeros fatores, como: prioridade no atendimento de outros pacientes, horários de técnicas como medicação e cuidados higiênicos, além do acúmulo de atividades em determinados períodos. O profissional, muitas vezes, passa a realizar seu trabalho de forma mecânica, deixando de lado os sentimentos e as necessidades do paciente (HOGA, 2004) e não respeitando seus momentos individuais, como o sono e a dor, o que dificulta o relacionamento (BRITO; CARVALHO, 2010).

As dificuldades relacionadas ao quantitativo de profissionais x demanda do setor, foi relatada pelos seguintes entrevistados:

> "Aqui onde eu trabalho e no outro hospital também, (a dificuldade) é mão de obra, porque dependendo do setor que você trabalhe o quantitativo do paciente é muito grande e você não consegue dar uma atenção total ao paciente. Mão de obra e recurso material para que o paciente seja bem cuidado" (P1, 39 anos, 04 anos de HC).

> "Eu acho que quantitativo de pessoal para que você torne um trabalho mais humanizado. A gente acaba fazendo as coisas no automático pela sobrecarga do serviço, o setor bem pesado sempre cheio com pacientes bem críticos que requer muita atenção então como você tem um quantitativo de tarefas muito grande num quadro reduzido de funcionários, aí fica difícil você trabalhar com tanta humanização, fica meio que mecânico para que as coisas funcionem no tempo certo" (P2, 38 anos, 04 anos de HC).

Oliveira, Teixeira e Almeida (2013) afirmaram que a assistência humanizada depende não somente da estrutura física, mas também da organização e gestão dos serviços, respeito e valorização dos profissionais pelo hospital, remuneração adequada e capacitação. De acordo com eles e com os discursos expostos, só existe assistência humanizada quando o protagonista da ação se sente humanizado.

Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente. A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas (EBSERH, 2018).

Os profissionais, em sua maioria, reconheceram que a instituição de certa forma exerce o seu papel em termos de educação permanente, o que desperta a percepção de um cuidado e valorização pessoal perante o trabalhador:

> "Sempre que tenho necessidade (de cursos de capacitação) e precisei, eu tive, eu fui liberada para ir para congresso" (P13, 52 anos, 04 anos de HC).

> "A gente tem sempre curso oferecido pela própria instituição. Eu sempre me interesso em participar, sempre que tenho disponibilidade, tenho bastante motivação" (P2, 38 anos).

> "Me sinto bem motivada para realizar cursos de capacitação, sempre procuro cursos com relação a área, principalmente no INCA ou cursos realizados no HC, eu sempre tento me atualizar para tentar prestar uma assistência melhor" (P3, 39 anos, 04 anos de HC).

> "Quando a gente vem para capacitação bate o ponto, aí já conta, fica registrado no sistema aquela carga horária, mesmo sendo fora do seu horário de trabalho" (P4, 49 anos, 04 anos de HC).

Os gestores entrevistados assumem a importância do profissional de saúde e reconhecem as dificuldades enfrentadas pela instituição com relação aos cuidados dispensados aos trabalhadores, principalmente com relação à sobrecarga emocional muitas vezes vivenciadas pelos trabalhadores que lidam diretamente com pacientes em fim de vida, muito comum no serviço de oncologia:

> "Reconheço que esse hospital não é o melhor exemplo disso (qualidade de vida no trabalho), porque infelizmente a gente padece de uma arquitetura muito ruim, é um hospital velho, cheio de problemas e não conseguimos dar essa "ambiência" no trabalho, mas ambiência só não é suficiente, você tem que estimular comportamentos saudáveis" (G2, 06 anos na gestão do HC).

> "É um tema muito redundante (humanização), a gente cuida de humanos e o cuidado tem que ser humanizado, é uma questão implícita dentro do cuidado das pessoas que procuram a gente aqui pra assistência do ponto de vista do paciente. Do ponto de vista de quem pratica o cuidado tem que se ter a verdadeira percepção que essas pessoas são expostas ao estresse emocional e pessoal muito grande por diversas razões, e que também merecem uma atenção especial" (G2, 06 anos na gestão do HC).

Entre outras dificuldades, é relatado também que além da estrutura não ser totalmente adequada para gerar um conforto, as questões comportamentais são cruciais como entraves para adesão a comportamentos mais saudáveis entre os profissionais:

> "A gente tem problemas de estrutura física, tem uma política institucional tímida, mas existe. Porém as pessoas não têm tempo, nem aqui e nem fora, e pra mim é um problema muito difícil de lhe dar... Profissionais com mais de dois ou três empregos, que se envolvem em atividades muito estressantes, profissionais que chegam ao hospital já sobrecarregado de problemas de fora do hospital, com família, com outro emprego"(G2, 06 anos na gestão do HC).

No entanto, apesar de reconhecerem a sua importância e a sobrecarga emocional a que estes profissionais se submetem na rotina hospitalar ao lidar com pacientes oncológicos, muitos dos quais estão em tratamento paliativo, não foi possível identificar que tipo de cuidado e de "atenção especial" é direcionada para estes trabalhadores. Os gestores falaram de forma geral e não chegaram a exemplificar o tipo de cuidado "diferenciado" que é dado a estes profissionais:

> "Quando se fala em humanização é um assunto extremamente complexo, não é só chegar e ter atividade lúdica. É você ter aquele olhar de quem tá cuidando daquele

> paciente diferenciado. É tanto que a nossa preocupação é também com a equipe que cuida do paciente. Nós temos um índice mais alto desses profissionais de enfermidade, eles adoecem" (G3, 02 anos de gestão no HC).

> "As diretrizes estão presentes no hospital e em processo de inclusão, porque a humanização também permeia uma relação do trabalhador, tanto em equipe, quanto com o paciente" (G1, 02 anos de gestão no HC).

7.2.3 **Aspectos Organizacionais: Gestão compartilhada/Cogestão e Acesso aos serviços de saúde**

Para além dos incentivos à educação permanente e valorização dos profissionais da instituição, é necessário também dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Para implementar a gestão compartilhada é preciso a organização e instituição de espaços coletivos como dispositivos para a circulação da palavra, e decisão participativa para aumentar o grau de democracia nas organizações, e a capacidade de análise e de intervenção dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Foi possível identificar que este quesito ainda é bastante incipiente no HC, apesar de algumas tentativas de inclusão dos trabalhadores no processo de tomada de decisão:

> "Em algumas situações sou consultada, em outras não, a maioria dos protocolos vem institucionalizados por pessoas que não são da assistência e percebo o abismo que existe, então são medidas tomadas na literatura (claro que ela tem a sua importância), mas a assistência é bem diferente do que se vê na teoria" (P8, 33 anos, 03 anos de HC).

> "Me sinto envolvida, mas como não tenho cargo de chefia não participo da tomada de decisão" (P12, 38 anos, 04 anos de HC).

> "Não participo de comissão nenhuma, nem sei se existe. Se existe, eu desconheço" (P2, 38 anos, 04 anos de HC).

Outro aspecto identificado foi a dificuldade em contemplar todos os profissionais visto seus regimes de trabalho e horário diferenciados. Percebe-se que os profissionais que trabalham a noite, normalmente não são contemplados com as atividades que acontecem preferencialmente durante o dia, em horário administrativo:

> "Os funcionários da noite não participam muito das atividades que tem no hospital que geralmente são durante o dia. Mas de uma forma ou de outra, a gente da noite tenta interagir" (P1, 39 anos, 04 anos de HC).

> "Todo mês tem reunião, e cada plantão tem um representante. Mas não consigo, a reunião acontece durante o dia, cada um de nós tem dois empregos, tem família, tem um monte de coisa, e a hora da reunião é de dia de semana, então você tem que deixar

> tudo e vim pra essa reunião. A iniciativa é boa, mas pra ser sincera não consegui vim em nenhuma dessas" (P4, 49 anos, 04 anos de HC).

> "Não temos muito contato devido eu ser da noite, e é muito difícil participar das reuniões clínicas. Participamos pouco, só mais na reunião bimestral. Mesmo não conseguindo participar das reuniões semanais, sou consultada, sempre acionam a gente" (P6, 42 anos, 20 anos de HC).

É de grande importância escutar as diferentes vozes envolvidas dentro de um ambiente de assistência à saúde para estabelecer ações focadas nas necessidades reais. As diferentes jornadas e turnos de trabalho, típico de hospital com atendimento ininterrupto, devem ser mais um motivo para envolver os profissionais nos processos de diálogos e decisões, só assim é possível sanar as lacunas que muitas vezes impedem a instituição de oferecer relações mais saudáveis entre os protagonistas do sistema de saúde.

O que se pode inferir das falas dos entrevistados é que a construção de espaços coletivos de gestão ainda é um desafio para a instituição. Algumas ferramentas em busca da participação dos trabalhadores nas propostas de avaliação e planejamento estão em um momento inicial de implementação, como relata um dos gestores entrevistado:

> "Estamos melhorando este processo. O modelo de gestão e uma das clínicas que demos prioridade para iniciar esse novo modelo é a oncologia. Tem um grupo onde todos participam, do pessoal da limpeza, enfermeiros, médicos e todos tem um peso por igual. Eles podem dar sugestões, identificar coisas erradas no setor, pontos a ser melhorados. Tivemos que escolher seis clínicas incialmente e incluímos logo aquelas que a gente tem aquela prioridade, chamamos de classificação vermelha" (G3, 02 anos de gestão no HC).

No entanto, para os usuários não existe um espaço de participação social instituído e com funcionamento sistemático que permita o reconhecimento da corresponsabilidade e autonomia de todos os envolvidos no processo de produção da saúde.

A gestão participativa ou cogestão propõe uma mudança de paradigma gerencial e a descentralização das decisões nos diversos níveis da instituição, com a consequente abertura à participação e à democratização do poder. A PNH defende "um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde" (BRASIL, 2009).

Outra subcategoria encontrada na fala dos participantes da pesquisa diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. De acordo com a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que "Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado", a estrutura da Rede é composta por (BRASIL, 2014):

1) Atenção básica; 2) Atenção Especializada, que se divide em ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência; 3) Sistemas de Apoio; 4) Sistemas Logísticos; 5) Regulação e 6) Governança.

A atenção básica se constitui, portanto, como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado. Compete ainda à Atenção Básica:

> I. Realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local.
> II. Prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas.
> III. Encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais.
> IV. Coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. São competências:

> I - Realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas.
> II - Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional.
> III - Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado.
> IV - Realizar contra referência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.
> V - Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de tele assistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações (BRASIL, 2014).

Para ter acesso aos atendimentos especializados no HC é preciso agendar a primeira consulta. O paciente deve primeiramente se dirigir a uma unidade de saúde, como um posto de saúde ou uma unidade de pronto atendimento (UPA) e agendar consulta através do sistema de regulação. As interconsultas (aquelas em que um médico ou outro profissional de saúde solicita o encaminhamento do paciente para outro especialista do próprio hospital) e os retornos são agendados presencialmente após o primeiro contato. No entanto, a porta de entrada oficial do HC é a atenção primária, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi observado por meio dos relatos, que a logística de atendimento tem ocorrido muitas vezes sem respeitar essa porta de entrada no sistema de saúde preconizado pelo SUS:

> "Um colega meu que trabalhava aqui conseguiu para eu falar com ela (a médica). Aí ela mandou abrir um prontuário, e eu comecei a me tratar com ela" (U15, 49 anos, homem, casado, aposentado, médio completo, RMR, câncer de próstata).

> "A gente veio, tivemos a ajuda de alguém, aí conseguimos marcar" (U19, 72 anos, mulher, analfabeta, aposentada, viúva, agreste, câncer abdômen).

> "[...] vim pedir socorro aqui no Hospital das Clínicas e uma moça fez meu prontuário e depois de 3 dias eu comecei o tratamento" (U21, 64 anos, mulher, auxílio doença, viúva, RMR, Linfoma não-Hodgkin).

> "O marido de uma amiga minha trabalhava aqui no qual falei com ela e ele conseguiu marcar" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).

Quando a demanda passa a acontecer diretamente no hospital, sem o devido encaminhamento, a tendência é superlotar o serviço que deveria ser apenas para atender casos de alta complexidade.

Alguns usuários, no entanto, manifestaram descontentamento com a resolutividade da atenção básica, informando que é muito limitada, ineficiente e de difícil acesso:

> "Era muito difícil, não tinha as coisas. E está cada vez pior. Até porque me desculpe pela ausência, mas eles acham que estão fazendo um favor. Recebem muito mal. Muito mal mesmo. Eu preferia não ir" (U12, 62 anos, mulher, superior completo, casada, RMR, câncer cólon).

> "Sempre fui fazer consulta lá. Agora pra resolver eu não troco, porque lá é bem fraco, muito fraco. É que nem eu disse, se não tivesse vindo pra aqui tinha morrido" (U14, 39 anos, homem, autônomo, solteiro, Paraíba, câncer pâncreas).

> "Já fiz muitos exames lá. E nunca foi constatado nada em mim não. Vim descobrir agora de repente" (U16, 55 anos, homem, casado, não trabalha, RMR, mieloma múltiplo).

> "Meu pai faleceu disso também (câncer) e a atenção e atendimento no posto foi pouco. Disseram que era infecção, e já era câncer de próstata avançado" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).

Criado em março de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), em 2006, rebatizado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi coordenado pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde como estratégia para promover mudanças no modelo de atenção vigente, a Unidade Básica de Saúde. A ESF contempla um modelo de assistência centrado nas equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e operacionalizado pelos governos municipais (BRASIL, 2011b). A ESF trouxe, ademais, como principais características estratégicas a mudanças nos mecanismos de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização (BRASIL, 2011b).

Starfield (2002) aponta que a acessibilidade (estrutura), a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a atenção primária seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Entende-se que a atenção primária resolutiva implica na ampliação do acesso às demandas dos usuários, o que inclui horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e a capacidade em resolver as demandas trazidas pelos usuários. A capacidade de resposta qualificada da atenção básica depende também da integração com os outros níveis de assistência do sistema de saúde (STARFIELD, ibidem).

Estudos de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) levantaram que as principais dificuldades relatadas pelos usuários na atenção básica situam-se na falta de médicos, falta de vagas e fichas (FAUSTO et al, 2014). Outros estudos também destacam a alternância de profissionais médicos, a dificuldade de fixação destes, grande rotatividade, em especial em cidades do interior, no Norte e Nordeste do país, nas periferias das grandes cidades e em áreas de risco (LINHARES; ALBUQUERQUE, 2014; CAMPOS et al, 2014).

Apesar de todos os avanços alcançados pelo SUS desde a implantação da ESF, ainda existem muitos desafios a serem superados. O principal deles, frente a nova conjuntura política que o país enfrenta, está relacionado a políticas fiscais introduzidas pelo atual governo que podem trazer grandes riscos ao SUS. Um estudo de Castro et al., publicado em 2019, avaliou como a Emenda Constitucional (EC) introduzida em 2016 (que limita os gastos públicos com saúde até o ano de 2036 baseada no valor do ano anterior e ajustada pela inflação), pode afetar indicadores de saúde. Para isto, os autores consideraram quatro cenários hipotéticos de transferência federal de fundos para os municípios e avaliaram mudanças no perfil de quatro

indicadores, sendo um deles a cobertura da ESF (medida de acesso aos cuidados primários). O resultado encontrado constatou, que, independentemente do tamanho do município, a cobertura será reduzida caso os recursos de mantenham constantes conforme previsto na EC-95. No entanto, essa redução da cobertura será mais expressiva nos municípios menores, com menos de 20 mil habitantes (CASTRO et al, 2019).

Um plano abrangente para novas ações de saúde sob o novo governo ainda não foi desenvolvido. Mudanças na reorganização de programas de saúde bem-sucedidos recuam conquistas do passado. Por exemplo, o fim da cooperação com o governo cubano para o Programa Mais Médicos afetou adversamente a população mais pobre. A primeira iniciativa para substituir 7271 posições de cubanos por médicos brasileiros foram preenchidos por 2844 profissionais de saúde que já estavam trabalhando no SUS, representando apenas uma redistribuição de recursos de uma área para outra (CASTRO et al, 2019).

As mudanças derivadas do novo contexto político já foram sentidas pela população que era atendida por estes profissionais, como relatado por dois usuários da pesquisa, um morador da região metropolitana do Recife, e outro morador do interior do Estado:

> "[...] esse negócio de trocar de médico, tiraram os cubanos, o homem levou tudo. Eu era acompanhado pelo cubano, aí depois não tinha médico, chegou agora uma doutora" (U11, 69 anos, homem, aposentado, casado, ensino fundamental incompleto, RMR, mieloma múltiplo)

> "Lá tinha um postinho, era acompanhada pelas médicas cubanas, mas depois que tiraram demorou muito tempo pra colocar outra pessoa né" (U20[3], 38 anos, mulher, fundamental completo, autônoma, casada, sertão, câncer pulmão).

7.3 DIMENSÃO PROCESSO

Na abordagem da análise do processo realiza-se uma analogia entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência dos profissionais no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (SILVA; FORMIGLI, 1994). Portanto, as falas dos participantes foram organizadas em uma categoria empírica entendida como condição relacionada à dimensão processo:

[3]Entrevista realizada com a acompanhante, pois a paciente estava bastante debilitada para responder.

1) Qualificação da atenção e as subcategorias: Clínica Ampliada e Acolhimento/Escuta qualificada.

7.3.1 **Qualificação da atenção: Clínica Ampliada e Acolhimento/Escuta Qualificada**

A clínica ampliada e o acolhimento são diretrizes da PNH que possuem como objetivo a reorganização dos processos de trabalho e ambientes institucionais, seguindo-se as perspectivas clínica, ética e política, por meio da construção e fortalecimento de vínculo entre instituição/profissional/usuários, escuta qualificada e inclusiva, instituição de ambientes saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2011a).

A clínica ampliada propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Além de aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade, objetiva integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado. Portanto, é considerada uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Desta forma, se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde (BRASIL, 2009).

Na pratica, a clínica ampliada utiliza recursos que permitem enriquecer diagnósticos considerando outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas e suas questões sociais. Utiliza a qualificação do diálogo com escuta qualificada, tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia do usuário (BRASIL, 2009).

No momento em que os usuários foram indagados sobre questões relacionadas à clínica ampliada, demonstraram satisfação quanto às relações construídas entre paciente-equipe, respeito às suas decisões e autonomia no seu cuidado, cuidado integral por meio da presença da equipe multiprofissional como relatado por alguns entrevistados:

> “Ele tinha uma preocupação que a família dele soubesse que ele tinha HIV, porque ninguém sabe. Aí o Dr. pediu pra gente pedir sigilo. A gente pediu sigilo, aí ele botou lá no prontuário. Só quem sabe é nós dois mesmos. Isso pra ele é muito bom, porque os médicos respeitaram o pedido dele, a decisão dele, aí nesse caso foi excelente” (U1, 57 anos, homem, fundamental incompleto, casado, autônomo, RMR, câncer gástrico).

> "[...] o hospital das clínicas que é um hospital escola. Então, tudo o que eu quero aqui eu consigo, na oncologia, na urologia, no gastro" (U5, 68 anos, homem, médio incompleto, autônomo, casado, RMR, câncer próstata).

> "[...] os médicos primeiro né, depois psicólogo que vem. Nutricionista, terapeuta ocupacional sempre vem aqui. A turma vem aqui direto cuidar de mim. Até as enfermeiras vem aqui conversar comigo, elas têm um cuidado fora do normal. Nunca deixei de ser ouvido não" (U7, 54 anos, homem, fundamental incompleto, empregado, casado, RMR, leucemia).

A ampliação da clínica (atenção) é uma proposta de atuação para além dos recortes diagnósticos e burocráticos a que são reduzidos os sujeitos enquanto "pacientes". O trabalho clínico visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo a produção de saúde e o aumento da autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Como modo de trabalho pretende: "a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação de recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença" (BRASIL, 2004a).

O acolhimento em saúde é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos e humanitários e de solidariedade (PASSOS; BENEVIDES, 2006). É uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2004b). É mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada. Pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade de a equipe de saúde responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

Percebe-se que o acolhimento colabora para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, facilita a promoção da assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido. Contudo, essa colaboração somente poderá existir se o acolhimento for entendido como um processo de corresponsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, qualificada e capacitada para tal, da postura acolhedora de todos e da liberdade para que se estabeleça o vínculo dos clientes com o serviço (SILVA; ALVES, 2008).

Porém, o que se visualiza é que, tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, que se traduz em recepção ágil e ambiente confortável, ora em uma ação administrativa de triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que, na maior parte das vezes, revela-se uma prática de exclusão social, na medida em que "escolhe" quem deve ser atendido (BRASIL, 2004b).

Em se tratando de uma ferramenta de práticas relacionais entre usuários e profissionais de saúde, que inclui a atenção disponibilizada e o atendimento realizado com presteza, as falas dos usuários permitiram perceber que existe um atendimento diferenciado que busca acolher o paciente, com respeito e humanidade. No entanto, esse atendimento parecer ser discricionário e personificado na figura de alguns profissionais. A acompanhante de uma paciente fez o seguinte relato:

> "[...] eu gosto da Enfermeira X. Ela é muito atenciosa, ela é carinhosa, não precisa você tá pedindo, ela já tá fazendo, resolvendo. Quando ela entrou aqui na primeira vez, minha menina tava com uma secreção na boca, eu avisei e ela já resolveu na mesma hora. Ela não disse daqui a pouco eu venho e passou meia hora pra vim resolver não, foi na mesma hora. Tudo isso assim... quando uma pessoa faz as coisas assim, a gente sente que tá fazendo por amor" (U22[4], 41 anos, mulher, médio completo, solteira, interior, CA colo de útero em cuidados paliativos).

Outros usuários relataram um sentimento de afeto e mesmo de confiança com os profissionais que lhe atendiam. Essa percepção está bem relacionada com a preocupação que o profissional disponibilizou com o seu cuidado:

> "Eu tenho como uma mãe (a enfermeira), que na primeira vez que eu tava aqui na bomba de morfina e eu sentindo dor, ela ia correndo na enfermaria pegar a morfina e fazia pura. Só saia perto de mim quando estava mais calma" (U6, 24 anos, mulher, médio completo, não trabalha, solteira, RMR, câncer parede abdominal em cuidados paliativos).
>
> "Tá vendo essas enfermeiras da noite, a qualquer hora da noite se eu precisar, as vezes 3h da manhã, ela vem aqui observa e vai embora, eu finjo que estou dormindo. São excelentes" (U7, 54 anos, homem, fundamental incompleto, empregado, casado, RMR, leucemia).
>
> "Esse meu médico oncologista é muito meu amigo, quer dizer amigo assim aqui dentro do hospital. A minha consulta com ele é bem aberta, aí eu acho que quando eles têm tanta intimidade eles não querem dizer tudo. Aí eu digo eu quero que o senhor me diga tudo" (U12, 62 anos, mulher, superior completo, casada, RMR, câncer cólon).
>
> "[...] Rapaz, no dia da tireoide, a perna inchou, mas a médica me acompanhou e o médico, ficou o tempo todinho... Ele que fez a USG, entrou na sala e disse quem vai fazer a USG dela sou eu, achei isso tão meigo né? Assim... o cuidado né, podia muito bem largar e dizer vou me embora. E a doutora também, disse que só saia de perto de

[4]Entrevista realizada com a acompanhante, pois a paciente estava bastante debilitada para responder.

> mim quando internasse" (U17, 62 anos, mulher, superior incompleto, aposentada, solteira, RMR, câncer tireoide).

O respeito pelo paciente e a clareza destas relações são fundamentais para o exercício de uma forma de cuidar voltada para as demandas e necessidades. Mesmo que o atendimento não seja resolutivo, se ele for pautado em uma relação de confiança, ele pode ser considerado humanizado.

De acordo com Lemme, Noronha e Resende (1991), é no estilo de comunicação que a relação entre médicos e pacientes se consolida, predominando sobre a qualidade técnica no decorrer do atendimento, conseguindo-se assim, estabelecer uma relação de confiança. Os médicos que demonstram interesse, amizade, vontade de ajudar, bom humor, simpatia e calor humano, conseguem as melhores respostas nos tratamentos e maiores graus de satisfação por parte dos usuários.

Silva et al (1995) analisam que quando a tendência é registrar a satisfação (em seus aspectos positivos), os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão, revelando aspectos que precisam ser melhorados, e assim, de interesse dos administradores.

A grande demanda nos serviços de alta complexidade do hospital, dentre os quais, o serviço de oncologia, motivada pela busca de resolução dos problemas de saúde, resulta em superlotação do serviço e compromete a qualidade do atendimento aos usuários. Este problema é relatado na fala de alguns usuários que se queixam na demora ao atendimento:

> "[...] O desconforto maior do mundo que eu acho é que a gente chega cedo pra fazer a ficha, dar o nome, fazer o cartãozinho e vem ser atendido já é 3, 4 horas da tarde, isso aí me mata até hoje. Eu fico muito debilitado sentado nessas cadeiras duras, chega de 11h e esperar até 4,5 horas da tarde pra ser atendido. É triste viu, não é bom, não é bom" (U10, 55 anos, homem, analfabeto, autônomo, viúvo, mora no interior de PE, câncer de pênis).

> "Eu acho que a enfermeira chefe devia ligar pra lá e a hemodinâmica lá de baixo mandar pra consertar. Semana passada eu sofri demais, fazendo exame de toda qualidade, as veias já ressecadas, aí é sofrimento né, a pessoa ficar aqui. Da outra vez passei 14 dias pra trocar isso aqui, achei isso é errado" (U8, 51 anos, homem, médio incompleto, autônomo, casado, Paraíba, câncer próstata).

Ainda assim, alguns usuários relataram uma experiência positiva relacionada ao tempo de espera entre chegada ao hospital e atendimento prestado:

> "E assim na hora que ela chegou ela foi atendida né, imediatamente, os médicos foram tudo encima dela, passaram exames, remédio, vamos descobrir o que é. Foram feitos vários exames pra descobrir o que era" (U20, 38 anos, mulher, fundamental completo, autônoma, casada, sertão, câncer pulmão).

> "Quando cheguei o atendimento foi ótimo, foi tudo muito rápido, um exame atrás do outro então fazia um num dia e depois de 2/3 dias fazia outro e eles ficavam muito encima e foi tanto que 1 semana depois do exame já comecei a quimioterapia" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).

Tendo em vista a responsabilização pela continuidade e resolubilidade do cuidado a que se propõe, também faz parte do acolhimento, o direcionamento do usuário para outros setores especializados, de acordo com suas necessidades de saúde. Algumas falas demonstraram que a referência e contra referência do serviço está sendo realizada com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção prestada ao usuário:

> "A Dra. (...) que encaminhou pra fazer esse tratamento, eu fiz 10 radioterapia no Português*, e agora vou fazer a quimio" (U10, 55 anos, homem, analfabeto, autônomo, viúvo, mora no interior de PE, câncer de pênis).

> "Aí foi depois e avaliou outra ressonância, aí já não deixou mais fazer lá particular, ela disse: eu quero que faça, mas aqui no hospital. Aí de fato não foi feito aqui, mas foi feito em uma clínica, mandado pelo hospital, sem pagar nada e do jeito que ela queria" (U8, 51 anos, homem, médio incompleto, autônomo, casado, Paraíba, câncer próstata).

> "Faz um mês e hoje Graças a Deus conseguiu a cirurgia, lá no Osvaldo cruz e depois vou voltar pra fazer a quimioterapia. A cirurgia é ortopédica e aqui não tem" (U9, 68 anos, homem, fundamental completo, aposentado, casado, RMR, câncer de joelho).

A centralidade da figura do médico também foi marcante nas falas que fizeram referência ao atendimento prestado, o que refletiu a falha de compreensão de que nenhum profissional da saúde tem papel central no acolhimento, pois todos devem se responsabilizar pelas necessidades do usuário, o que torna os profissionais mais aptos para identificar os caminhos necessários à resolução dos problemas.

Os achados da pesquisa permitem inferir que apesar da existência de uma equipe multiprofissional atuando no serviço de oncologia, o que permite um olhar mais ampliado e acolhedor para o usuário, esta equipe não é completa, e seus componentes realizam mais de uma atividade no hospital, resultando em uma sobrecarga de trabalho. Além disso, a maioria dos profissionais, apesar de consultados, não participam da construção dos protocolos, em grande parte devido ao regime de plantão, o que favorece a segmentação da atuação dos profissionais, ou seja, cada um trabalha à sua maneira.

Apesar disto, foi possível perceber que existe uma integração com outros serviços da rede de saúde, o que permitiu aos usuários o acesso a exames, consultas e procedimentos em outras instituições, porém referenciados pelo HC.

7.4 DIMENSÃO RESULTADO

A avaliação do Resultado é considerada o que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém, ela sofre a interferência de inúmeros fatores (DONABEDIAN, 1980). Nesta etapa da avaliação verificam-se as mudanças, relacionadas com conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência (DONABEDIAN, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994).

As categorias referentes a esta dimensão foram organizadas em:

1) Aspectos culturais e a subcategoria: Enfrentamento da doença;

2) Aspectos organizacionais e as subcategorias: Garantia dos Direitos dos Usuários e Satisfação com o Serviço;

7.4.1 **Aspectos culturais: Enfrentamento da Doença**

Cada um tem sua forma peculiar de encarar o tratamento, contando ou não com apoio dos grupos sociais de que participam e seu processo de significação do atendimento recebido pela instituição se dá́ de uma forma diferente, como ressaltado por Bragança (2006).

Ainda segundo Bragança (2006) o momento do diagnóstico do câncer é sempre um período difícil, marcante, algumas vezes cheio de dúvidas quanto aos efeitos colaterais que virão (ou não) e incerteza quanto à vida futura. Tal característica foi percebida por meio da fala de uma usuária:

> "[...] no começo foi difícil porque ninguém quer receber uma notícia dessa, uma doença tão grave, na hora só vi meus filhos, tenho uma de 3 e uma de 6 anos, me senti muito debilitada no início, mas agora estou mais tranquila, aceito mais" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).

Mesmo que não tenha sido feita nenhuma questão acerca de relações entre o estado emocional e o surgimento da doença, evidenciou-se que alguns participantes procuram explicações, fazendo associação entre o adoecer e seu estado emocional dos últimos anos, mesmo que relatando como “descuido”:

> "[...] na época que minha vó estava internada, quem tinha que ficar com ela era eu e minha tia reversando. Eu sei que ela passou dois meses internada. Aí eu fiz os exames tudinho, a cirurgia, depois ela faleceu. Como ela tinha me criado eu não quis mais saber de mim, aí não me cuidei, não fui para o médico nada e deixei pra lá"(U6, 24 anos, mulher, médio completo, não trabalha, solteira, RMR, câncer parede abdominal em cuidados paliativos).

> "Estava em depressão por causa da morte da minha cachorrinha, recebia pensão do meu ex companheiro e perdi tudo devido a outra esposa dele, isso acelerou meu processo. [...] A primeira vez que estive aqui cheguei aqui tensa, estressada, mas não por causa dos profissionais por minha causa mesma, eu ia pra cadeira fazer a quimio e ficava com aquela angustia, aquela revolta, de tudo que tava acontecendo comigo,

> entende? E a doutora disse assim pra mim: “Dona (...), porque a senhora tá desse jeito? Porque esse estresse? Tá lhe prejudicando... Ela disse que essas doenças vêm por causa do estresse. É tanto que eu faço tratamento de estresse, e eu não posso falar pra doutora o que tava acontecendo na minha vida (pessoal)" (U21, 64 anos, mulher, fundamental incompleto, auxílio doença, viúva, RMR, linfoma não-hodgkin).

Estados emocionais positivos ou negativos têm sido pesquisados, buscando-se suas possíveis relações com o câncer e outras doenças. De Moor et al (2006) investigaram, em 90 mulheres com câncer de ovário e com prescrição de quimioterapia, se o otimismo situacional ou disposicional era capaz de proteger contra o estresse e melhorar a qualidade de vida. Avaliaram também se o otimismo era capaz de prever o decréscimo nos níveis do antígeno de câncer (CA 125) durante o tratamento. As mensurações foram realizadas por exames médicos no início e no final dos ciclos de quimioterapia. A amplitude dos dados coletados possibilitou o estabelecimento de conexões entre as variáveis psicossociais e as mensurações objetivas da progressão da doença, mostrando a relevância do otimismo situacional na redução do CA 125 e do otimismo disposicional na promoção da saúde e qualidade de vida das pacientes (DE MOOR et al, 2006).

No estudo da gênese do câncer, a literatura indica a necessidade de pesquisas mais detalhadas acerca das variáveis subjetivas pessoais e das situações e contexto do estresse na história dos sujeitos afetados. Determinados eventos ocorridos há anos poderão ser vivenciados como recentes, como é o caso de certas formas de luto complicado, dificultando ou mesmo impedindo sua superação (NEME, 2005; NEME et al., 2003).

A religiosidade também marcou presença na avaliação, uma vez que a recuperação da saúde foi atribuída à vontade divina, assim como a cura foi concedida ao poder de Deus que se manifesta por meio dos médicos. Uma paciente referiu que "estava nas mãos de Deus", enquanto outros atribuiu à sua religião a força que encontrou para enfrentar o diagnóstico da doença:

> " [...] eu não me assustei porque eu sou evangélico, eu expresso a minha fé em Deus, mas o que for pra mim dizer você me diz. Eu já desconfiava [...] Quando eu vim pra cá eu disse Seja o que Deus quiser, o que Deus escolher pra mim vai ser o ideal. A turma pensou que eu ia penar aqui dentro. Fizeram uma rodinha aqui e disseram: tu é um exemplo... Quando você faz parte de uma religião, você aprende a lidar com uma situação, porque senão você botou tudo fora" (U7, 54 anos, homem, fundamental incompleto, empregado, casado, RMR, leucemia).

> "Eu escapei por um milagre de Deus, segundo o médico e em primeiro lugar aquele lá de cima" (U14, 39 anos, homem, fundamental incompleto, autônomo, solteiro, Paraíba, câncer pâncreas).

Muitos pacientes também falavam em nome de Deus: Graças a Deus, foi Deus, Deus sabe, foram palavras bastante utilizadas de forma a agradecer o fato de estarem sendo acompanhadas por um hospital de referência.

Cabe destacar que o enfrentamento religioso pode apresentar-se como elemento que contribui na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade, e na busca de significado para sua atual situação. Respeitar a crença do indivíduo, e considerá-la, contribui também para uma melhor relação equipe profissional-paciente. O paciente não deve ser considerado apenas como um corpo doente, mas como um indivíduo que carrega consigo uma história constituída pela interação entre fatores biológicos e ambientais. A equipe profissional que procura manter uma atitude aberta a todos esses aspectos, posiciona-se de forma a não reduzir o paciente a um corpo em sofrimento, criando assim a possibilidade de um novo espaço significativo nessa relação entre paciente e profissional (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

7.4.2 **Aspectos Organizacionais: Garantia dos Direitos dos Usuários e Satisfação com o Serviço/Instituição**

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

A PNH retoma a importância de assegurar os direitos dos usuários para além do acesso aos serviços de saúde. A diretriz da PNH referente ao direito da visita aberta e presença do acompanhante reforça que é necessária uma reorganização do serviço para atender ao direito do paciente internado de ter junto de si a sua rede familiar e social, dentro das perspectivas clínica, ética e política: vínculo, participação e controle social (BRASIL, 2011a).

Para isso, é necessário que o hospital possua normas institucionalizadas, espaço físico adequado que possibilite conforto na estadia dos acompanhantes, equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes (disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.), e deve disponibilizar material informativo acessível em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes (BRASIL, 2011a).

Com relação a essa diretriz, o HC parece contribuir para a garantia desses direitos. Todos os pacientes têm direito a acompanhante e visita aberta por meio de normas institucionalizadas.

Para garantia da permanência destes acompanhantes, o hospital oferece o direito a três refeições diárias. No entanto, o conforto disponibilizado ainda é precário, uma vez que as cadeiras são desconfortáveis para a permanência destes acompanhantes nas enfermarias.

A equipe se comunica adequadamente com os pacientes e acompanhantes por meio da disponibilização de informações, esclarecimentos sobre procedimentos, etc. Com relação aos materiais informativos, o hospital tem divulgado periodicamente atualização de relatórios de gestão, boletins, carta de serviços, entre outros documentos por meio do site da instituição, o que dificulta o acesso para aqueles usuários que não possuem acesso à tecnologia digital, digamos que grande parte do público do hospital. A existência de ouvidoria estruturada para serviço de escuta e avaliação dos usuários e acompanhantes; também é de suma importância e garante que os usuários possam expressar tanto as situações agradáveis quanto as desagradáveis, sendo um meio de comunicação e *feedback* que a instituição possui da comunidade.

Com relação ao quesito satisfação, esta pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde" (LINDER-PELZ, 1982). Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (SITZIA; WOOD, 1997).

Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria "satisfação", que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigência individual em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997).

O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nas entrevistas com os usuários, pode-se perceber sentimento de acomodação ante as dificuldades pela comparação a condições piores, ainda que estas condições tenham sido vivenciadas em instituições privadas:

> "Quanto ao atendimento aqui por ser hospital público, da minha parte eu considero excelente, porque eu tô aqui nesse hospital desde a época da minha mãe, quando minha mãe era viva. Minha mãe já faleceu faz 15 anos e minha mãe já se tratava aqui na parte de endocrinologista porque ela era diabética e minha mãe sempre foi bem atendida aqui e até hoje eu tô aqui" (U1, 57 anos, homem, fundamental incompleto, autônomo, casado, RMR, câncer gástrico).

> " O hospital é bom né, pra vista de muitos que a gente vê as filas de espera né, tem gente há anos" (U20, 38 anos, mulher, fundamental completo, autônoma, casada, sertão, câncer pulmão).
>
> "Nem o particular (é assim) ... o da minha irmã (hospital privado) eu fiquei indignada, eu reclamei, eu disse: VIVA MEU SUS!! Eu disse mesmo na direção, uma enfermaria pequena que não dá pra passar a maca, isso é um absurdo, falei mesmo, eu falo" (U17, 62 anos, mulher, superior incompleto, aposentada, solteira, RMR, câncer tireoide).
>
> "Olhe eu já andei em hospital com ele (filho), passei pelo Restauração, Hospital do Câncer, Santa Casa de Misericórdia, mas aqui é número 01" (U7, 54 anos, homem, fundamental incompleto, empregado, casado, RMR, leucemia).
>
> "Não é falando mal, mas já estive em um outro hospital fazendo a bariátrica e vi como é desumano, e aqui eu não vejo isso" (U5, 68 anos, homem, médio incompleto, autônomo, casado, RMR, câncer próstata).
>
> "Minha menina diz: mainha porque tu só vai para o Hospital das Clínicas? Eu disse a ela, eu posso até morrer lá, mas eu só morro se chegar o meu dia porque descuido não é não. Por muitos hospitais que já andei por aí, pra mim não, mas para meus familiares, eu não vejo o acolhimento que tem aqui" (U12, 62 anos, mulher, superior completo, casada, RMR, câncer cólon).
>
> "A gente sofreu muito até chegar no lugar certo" (U2, 42 anos, mulher, médio completo, não trabalha, casada, RMR, câncer colo de útero).
>
> "Eu tive um problema com meu sogro que precisou se internar em hospital particular, era um problema sério, que quando a gente precisava de um remédio que vinha chegar já tinha morrido, aqui se eu disser assim: ela tá sentindo dor, na hora eles trazem o remédio, tudo é na hora" (U13, 86 anos, mulher, fundamental completo, pensionista, viúva, RMR, câncer de endométrio).

Alguns autores ressaltam que, no setor público, a avaliação feita a partir dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços públicos. O *gratitude bias* – sentimento de gratidão – seria comum em países em desenvolvimento, dificultando uma visão mais crítica do atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde, e é verificado especialmente na avaliação de serviços públicos. Mas, o *gratitude bias* pode aparecer em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado, como em casos de pacientes internos. Pode também refletir uma postura de gratidão frente ao pesquisador. Neste caso, a medida de satisfação aparece distorcida, pois é, por si só, uma fonte de satisfação para este (BERNHART et al, 1999).

Esse sentimento também foi percebido pela fala de alguns usuários, ao relatarem que gostariam de "agradecer" e/ou "pagar" pelo atendimento recebido:

> "Se eu pudesse eu sairia agradecendo um por um, mas se não fosse aqui não sabia onde estaria agora, aqui é muito bom, as meninas dos setores tratam muito bem" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).

> "Olhe vou dizer pra senhora só os exames que eu fiz, exame de sangue, tá tudo aí, to gastando uns 4 mil reais, o caixa chega ficou vermelho. Cheguei aqui o bolso aliviou" (U11, 69 anos, homem, fundamental incompleto, aposentado, casado, RMR, mieloma múltiplo).

> "[...] se eu pudesse pagar, eu pagaria a todo mundo" (U12, 62 anos, mulher, superior completo, casada, RMR, câncer cólon).

Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas. Diferentes expectativas, seja entre indivíduos de distintos países ou mesmo dentro de um mesmo país que comporte distintas realidades socioculturais, introduzem, portanto, um viés subjetivo, pois medeiam o posicionamento crítico dos usuários ante a realidade. Assim, em alguns momentos, qualquer atenção recebida é melhor do que não ser assistido. Tal fato mostrou-se presente nas repetidas falas sobre "não ter do que reclamar", somado ao receio percebido pela entrevistadora, em algumas falas, ao serem questionados sobre os serviços prestados pelo hospital:

> "[...] tem do que reclamar não, um bom hospital, muita gente, os enfermeiros são gente boa também, tem do que reclamar não, graças a Deus" (U14, 39 anos, homem, fundamental incompleto, autônomo, solteiro, Paraíba, câncer pâncreas).

> "[...] tem de reclamar de nada não. Também quando você tá doente nada é bom né, meio difícil, mas tem de reclamar de nada não" (U9, 68 anos, homem, fundamental completo, aposentado, casado, RMR, câncer joelho).

> "Vou falar mal daqui não, que aqui é bom" (U10, 55 anos, homem, analfabeto, autônomo, viúvo, mora no interior de PE, câncer de pênis).

> "Eu não tenho o que falar não viu, pelo menos por onde eu passei, eu sou bem tratado" (U15, 49 anos, homem, médio completo, aposentado, casado, RMR, câncer próstata).

> "É bom, tem do que reclamar não. Algumas vezes uns deslizes, mas assim né, tá dentro de um hospital não tá em casa, pelo menos aqui é bom. Aqui pelo menos é a parte melhor que tem do hospital, isso aí ninguém pode reclamar não. As vezes acontece algum deslize de funcionário daqui, mas deve tá de cabeça quente pra lá"(U16, 55 anos, homem, fundamental incompleto, não trabalha, casado, RMR, mieloma múltiplo).

O hospital por muitas vezes foi definido como um lugar acolhedor, característica atribuída principalmente devido a relação de vínculo entre os profissionais e os pacientes, além da sensação de "segurança" por estarem sendo acompanhados continuamente, como relataram os seguintes usuários:

> "Na verdade, quando faço minha quimioterapia eu já queria ficar aqui porque as reações são fortes quando tô em casa e aqui são menos por causa da medicação se eu

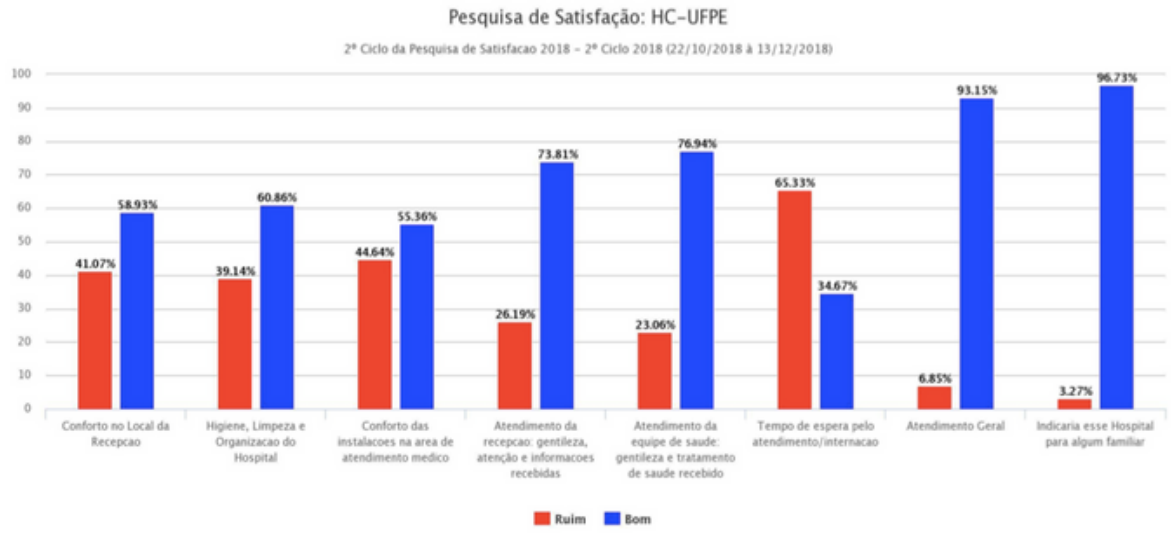
> pudesse eu fazia internada" (U3, 34 anos, mulher, solteira, empregada, RMR, câncer de colo de útero).
>
> "É melhor do que está em casa. Os remédios aqui é tudo na hora certa, em casa esqueço de tomar, aqui é tudo na hora certinha" (U4, 62 anos, homem, fundamental incompleto, autônomo, solteiro, RMR, câncer gástrico).
>
> "Eu acho ótimo. Tudo. Atendimento, os serventes, os enfermeiros, as médicas, tudo aqui é excelente" (U13, 86 anos, mulher, fundamental completo, pensionista, viúva, RMR, câncer de endométrio).
>
> "É tudo perfeito. Os enfermeiros, as enfermeiras, a nutricionista, a assistente social, todo mundo. Eu não tenho o que reclamar de nada desse hospital, nunca tive" (U6, 24 anos, mulher, médio completo, não trabalha, solteira, RMR, câncer de parede abdominal em cuidados paliativos).

Apesar de todas as variáveis que podem influenciar a satisfação dos usuários com relação ao serviço, no geral, o hospital, por meio da figura do serviço de oncologia foi avaliado positivamente. É importante destacar que se trata de um público majoritariamente de baixa escolaridade, sem acesso a plano de saúde suplementar e que, quase todos os entrevistados não relataram internamento prévio em instituição particular (ainda que alguns tenham acompanhado parentes e amigos).

No entanto, a avaliação positiva do hospital por parte dos usuários nesta pesquisa, corrobora com o alto grau de satisfação percebido por meio de pesquisas realizada pela ouvidoria anualmente e disponibilizada no site da instituição. De acordo com o último relatório disponibilizado pela ouvidoria do HC, em 2018, participaram 672 usuários dos serviços, sendo 377 pacientes do ambulatório e 295 pacientes da internação. Destes, 49, 26% consideraram a estrutura do hospital como boa, 50,74% consideraram a higiene, limpeza e organização do hospital "boa", 49, 85% consideraram o atendimento da equipe de saúde como bom. Apenas o tempo de espera pelo atendimento/internação foi considerado como regular pela maioria dos usuários, ou seja, 36,16% (EBSERH, 2018).

A figura 4 mostra o resumo do resultado do 2º ciclo da pesquisa de satisfação do usuário em 2018.

Figura 4 - Pesquisa de Satisfação HC 2018



Fonte: EBSERH (2018).

7.5 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES A RESPEITO DA HUMANIZAÇÃO

Para reforçar a importância do profissional na implementação da PNH, destacamos o conceito de burocratas de rua de Lispky em 1980. De acordo com este autor, os trabalhadores que interagem diretamente com os cidadãos no curso de suas tarefas, tendo substancial discrição na execução dos serviços são chamados de "burocratas de nível de rua". O autor sustenta ainda que as decisões desses burocratas, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com as incertezas e pressões do trabalho, efetivamente, se tornam as políticas públicas.

As condições de trabalho têm um papel central no exercício da discricionariedade, são elas que a possibilitam, determinando a atuação dos implementadores. Uma das características dessas condições é a insuficiência crônica de recursos para a realização das atividades esperadas, que provoca a tomada de decisões sobre a alocação dos recursos escassos. Além disso, a demanda pelos serviços tende a aumentar até encontrar a oferta; para Lipsky, isso aprisionaria esses burocratas num ciclo de mediocridade: quanto melhor o serviço, maior a demanda. Outro aspecto se refere aos objetivos das políticas, comumente vagos, conflitantes e ambíguos, tornando problemática a derivação das tarefas.

O uso da discricionariedade pelos burocratas de nível de rua está, assim, relacionado com as características dos espaços de execução. Brodkin (2007) chama a atenção para duas facetas da discricionariedade. Por um lado, ela é necessária: pois os serviços requerem respostas

a circunstâncias complexas e específicas, bem como julgamentos. Por outro lado, ela torna possível que os agentes de linha de frente controlem a prestação do serviço, gerando uma multiplicidade de práticas.

Assim, já não se discute mais se há ou não discricionariedade na burocracia de nível de rua, mas como isso ocorre, e quais são suas consequências para as políticas públicas no que tange a sua trajetória, seus resultados e, inclusive, seu desenho final (LIMA; DASCENZI, 2017).

Os depoimentos nortearam a apresentação dos resultados, por meio da composição da categoria referente à PNH propriamente dita e ao conceito de humanização apresentado pelos profissionais, tendo em vista a amplitude e polissemia do termo. Todos os profissionais abordados aceitaram participar da pesquisa.

7.5.1 **Política Nacional de Humanização *versus* Cuidado Humanizado**

Para avaliar o conhecimento e entendimento da política considerou-se desde "ter uma ideia" até "conhecer os objetivos e as diretrizes". Nessa perspectiva, três respondentes relataram nunca ter ouvido falar sobre a política até o momento da pesquisa e, portanto, não faziam ideia do que se tratava; quatro respondentes já tinham ouvido falar sobre a política, mas não sabiam pontuar a abrangência da mesma, e sete afirmaram ter tido algum contato com a política, mas não a conheciam de fato em termos de objetivos e diretrizes. Para estes últimos "a ideia" conceitual prevaleceu como um alinhamento aos princípios do SUS:

> "Acho que ela define os princípios e diretrizes das condutas na assistência à saúde e fala dos direitos dos pacientes, dessa assistência integral desse paciente especificamente, eu acho que não tenho como te dizer mais detalhado" (P13, 52 anos, 04 anos de HC).

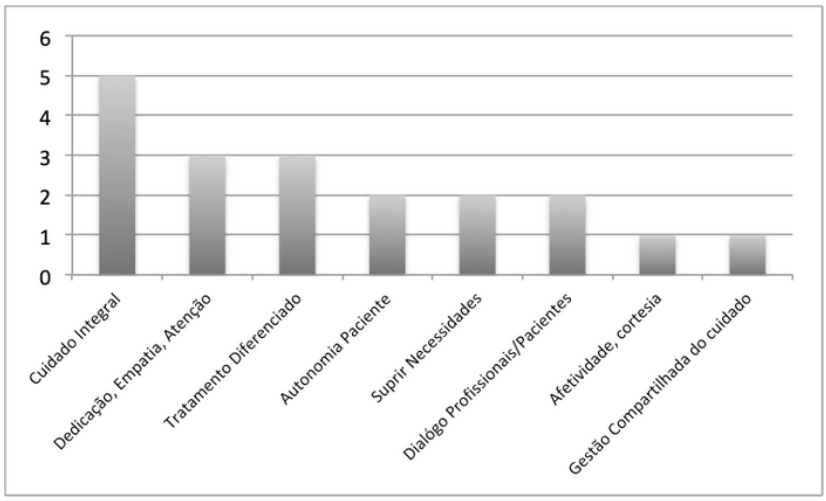
> "Ela veio para colocar em pratica os princípios e diretrizes do SUS, de forma a atender as necessidades dos pacientes e interagir com os profissionais e a gestão, de forma ampliada, respeitando os direitos e deveres de cada um, valorizando também os profissionais envolvidos neste cuidado" (P14, 33 anos, 04 anos de HC).

> "Ela define na realidade os princípios do SUS para tentar colocar em pratica, estimulando a comunicação de gestores, usuários e profissionais envolvidos no cuidado" (P3, 39 anos, 04 anos de HC).

Apesar do pouco conhecimento relacionado à PNH propriamente dita, quando indagados a respeito do que seria, na sua opinião, um "cuidado humanizado", os profissionais construíram um conjunto de ideias a respeito do termo "humanização". Com isso, apesar da carência de conhecimentos, bem como do entendimento difuso e múltiplo do termo

humanização, praticamente todos sabiam definir algum aspecto de cuidado humanizado, que variavam desde cuidado integral até a gestão compartilhada.

Figura 5 - Definições de humanização de acordo com os profissionais de saúde



Fonte: A autora (2019).

O termo humanização, nos últimos dez anos, tornou-se recorrente nos textos do Ministério e Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, bem como, nas publicações da área da saúde, como um conjunto de ações que visam à qualificação da atenção a pessoa adoecida. Tem caráter polissêmico por se referir a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento sujeitas a várias formas de interpretação (MONGIOVI et al, 2014; BACKES et al, 2012).

A amplitude e a multiplicidade dessas percepções foram facilitadas pela ausência de uma socialização desses atores nos marcos da política, resultando em perspectivas multifocais da humanização na saúde. Todos os horizontes aos quais à humanização se expande acabam por fragmentar o seu conceito, tornando difícil a tarefa de compreensão do seu foco e abrangência (MONGIOVI et al, 2014).

Sendo assim, observa-se a necessidade da realização de uma abordagem crítica e reflexiva sobre os conceitos que envolvem a temática humanização do cuidado, e sua aplicabilidade no cotidiano hospitalar, em especial no serviço de oncologia, entendendo-a como um tema complexo e multidimensional, pois inclui todas as dimensões do humano. Essa reflexão precisa partir de um fazer/pensar mais humanitário nas ações realizadas no cotidiano diário no sentido de desenvolver uma consciência de cuidado integral presente na prática, no ensino, na teorização e na pesquisa (GOULART; CHIARI, 2010).

Os objetivos da PNH não estão centrados apenas na figura dos usuários, mas também expressam o protagonismo dos trabalhadores e gestores, como atores envolvidos no fortalecimento dos princípios e diretrizes da política no sistema de saúde. Segundo Benevides e Passos (2005) a forma com a proposta de humanização é assimilada guarda intrínseca ligação com o conceito que os gestores têm da humanização como política pública de saúde. Portanto, para entender o processo de implementação da Política em uma unidade hospitalar é necessário conhecer a noção de todos os atores envolvidos sobre a questão da humanização como uma política pública de saúde.

No discurso dos gestores entrevistados foi possível verificar que, quando se trata de humanização no cenário hospitalar, uma ênfase é atribuída ao benefício do tratamento do paciente:

> "Humanização é a valorização do paciente nas suas singularidades, considerando aquele momento que tá vivendo do adoecimento, mas é um cidadão de direitos que precisa ser ouvido e ser realizado pela instituição os meios de ser atendido da melhor forma possível, das acomodações, no sentido que atenda suas ansiedades, suas necessidades" (G1, 02 anos de gestão no HC).

> "A humanização em relação ao cliente é altamente abrangente desde a entrada do paciente né, a condução e onde será atendido. Os pacientes oncológicos são mais um motivo para isso ser verificado no ambiente técnico-disciplinar. Todos os pacientes são diferentes, mas os oncológicos têm o lado emocional mais forte, tem o lado de ter a notícia que é sempre muito chocante e aí se você chega em um ambiente que está bem preparado desde a sua chegada, até a condução dele dentro do hospital já é meio caminho para que ele acredite que está sendo bem acolhido, bem atendido e por ser paciente oncológico ele te "prioridade" (G3, 02 anos de gestão no HC).

Dessa narrativa pode-se inferir que a política, apesar de ser entendida, mesmo que de forma parcial, especialmente no que se refere ao seu aspecto transversal, possui entraves institucionais e comportamentais/culturais para sua implementação.

Um importante dispositivo para a implantação da PNH nos hospitais é o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que de acordo com a cartilha da EBSERH lançada em 2018 deverá ser constituído nos hospitais que ainda não o possuem e deverá realizar trabalhos pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio publicado em portaria institucional.

O GTH é um "espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde" (BRASIL, 2001). A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o

comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde (BRASIL, 2006).

No entanto, o grupo de Humanização que existia no HC foi desfeito sem previsão para sua retomada, mais um sinal de que a implementação da PNH não faz parte da agenda prioritária por parte da instituição.

Um dos gestores chegou a relatar sobre o Grupo de Humanização que existiu no hospital:

> "Tinha um grupo de trabalho até recentemente, hoje em dia não tem mais. Cuidavam um pouco disso, das diretrizes. Atualmente a gente não tem mais esse grupo, mas o que sei das diretrizes e o que temos nos atentados ao hospital é o que diz respeito ao acolhimento, o direito ao acompanhante. Tem se tido uma preocupação com a melhoria das condições da sala de espera, enfermaria, no sentido que o paciente tenha um conforto, flexibilidade no acesso ao acompanhante, equipe multiprofissional" (G1, 02 anos de gestão no HC).

Uma fala bem interessante entre os gestores, foi que a implementação de critérios referentes a um cuidado mais humanizado não atinge o hospital em sua totalidade, ou seja, alguns setores são considerados mais humanizados, a depender do público a que se destina, como por exemplo a oncologia, que além de ser a enfermaria mais nova em termos de estrutura, também é reconhecida como uma clínica diferenciada devido ao processo de adoecimento e condições dos pacientes, e a pediatria, por se tratar do cuidado com crianças:

> "Existe uma heterogeneidade das clínicas, umas trabalham mais as diretrizes da humanização do que outras, isso é uma verdade. Então temos a pediatria e a oncologia que tem uma lógica de clínica ampliada, no sentido da inclusão do paciente, colegiados, orientação pré-alta, e tem outras clínicas que tem mais dificuldades" (G1, 02 anos de gestão no HC).

> "Aqui no hospital se você levar em consideração todo e qualquer setor, divisão, em relação ao paciente oncológico ele é considerado prioritário, se você vai marcar um exame e é paciente oncológico, tem prioridade. E a equipe que cuida do paciente tanto em nível ambulatorial quanto no nível de internação é extremamente diferenciada" (G3, 02 anos de gestão no HC).

Todos os esforços empreendidos tanto pela gestão da instituição são válidos para firmar o compromisso com a humanização hospitalar. Entretanto, nota-se que tais iniciativas não são vinculadas à implementação da PNH, tendo esta política apenas como consequência e não como causa.

O primeiro passo para a implantação da PNH é a mobilização por parte da gestão hospitalar. As ações desenvolvidas por meio dos dispositivos da política precisam produzir

relevantes alterações na organização dos processos de trabalho, na gestão e no espaço físico, implicando novos manejos administrativos e financeiros (PEREIRA; NETO, 2015).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa permitiu-se identificar a problemática que envolve o conceito da humanização e suas limitações no cenário hospitalar, visto que ela abrange tantos os aspectos técnicos quanto os relacionais, éticos, estruturais e culturais.

A PNH foi formulada pensando em uma proposta de mudança com vistas ao cenário de grande insatisfação por parte da população com o sistema único de saúde, constituindo assim um conjunto de fatores que favoreceu a entrada do tema "humanização" na agenda política. No entanto, com o intuito de valorizar seu potencial instituinte, o HumanizaSUS, como também é conhecida, abdicou da institucionalização por meio de portarias (TRAJANO, 2010), consolidando-se, inicialmente, por um documento-base e cartilhas. Dessa forma, a implantação da política cabe, primeiramente, a uma decisão da gestão hospitalar, que deve ser apoiada pelo Ministério da Saúde, e em seguida, ao envolvimento, sensibilização e mobilização de todos os protagonistas envolvidos, a saber, os profissionais, usuários e os próprios gestores.

Apesar da Política Nacional de Humanização propriamente dita não fazer parte da agenda prioritária da instituição pesquisada, os princípios que norteiam esta política acabam resultando de um esforço dependente de cada profissional em conduzir a assistência baseado no seu bom senso e disposição individual em efetiva-la, o que traz um aspecto de discricionariedade à política. Há de se levar em consideração que o Hospital das Clínica, por ser um hospital escola inserido na Universidade Federal de Pernambuco, e constantemente empenhado na tríade ensino, pesquisa e extensão, torna-se referência em qualidade e atendimento à população, elevando a imagem do hospital à um dos melhores no estado de Pernambuco.

Um aspecto importante a ser destacado são os elementos identificados como mediadores da avaliação capazes de modificar as opiniões dos usuários, como por exemplo as condições socioeconômicas e as experiências prévias com hospitalizações tanto em instituições privadas quanto públicas.

Por outro lado, o serviço de oncologia, visto a sensibilidade da situação dos pacientes que são ali cuidados e que demandam uma assistência especial, é tido como um serviço "diferenciado" pelos profissionais e gestores, tornando-se também uma espécie de projeto-piloto no hospital, onde a preocupação com protocolos, estrutura e com o cuidado continuado parecem ser mais expressivas.

Conclui-se então que os elementos revelados pelos entrevistados são significativos para mobilizar gestores, profissionais e usuários do serviço, visando transformações que tornem a hospitalização humanizada e incluindo todos estes atores como avaliadores críticos social.

Apesar da pesquisadora fazer parte do quadro de pessoal do Hospital estudado, não atua diretamente no setor de oncologia, o que favoreceu a interação com os participantes, principalmente com relação a confiança dos sujeitos, proporcionando o alcance do objetivo proposto, com uma densidade de conteúdos diversos e ricos de interpretações. No entanto, reconhece-se a necessidade de aprofundamentos sobre a temática, pois o conceito de humanização requer ainda maiores análises conceituais que promovam aproximações sobre sua definição, na tentativa de estabelecer as delimitações teóricas que culminem no favorecimento e desenvolvimento efetivo de suas práticas.

Sugere-se que estudos futuros sejam realizados na perspectiva do hospital como um todo, não só no serviço de oncologia, com o propósito de que seja compreendida cada realidade e a voz de cada ator envolvido nesse universo da humanização seja aproveitada para de fato implementar um cuidado humanizado abrangente.

REFERÊNCIAS

ALHUSBAN, M. A.; ABUALRUB, R. F. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. **J Nurs Manag**, v. 17, n. 6, p. 749-758, 2009.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov 2006.

ASPINA, F. et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 42, n. 4, p. 324-339, 2003.

BACKES, M.T.S; BACKES, D.S; ERDMANN, A.L. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 679-85, 2012.

BARBOSA, I. R et al. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. **Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 79-86, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: Edições 70. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª de 2016. ed. São Paulo: Almedina, v. 1, 2016. 280 p. Tradução de: LÁnalyse de Contenu.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERNHART, M. H. et al. Patient Satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med**, v. 48, p. 989-96, 1999.

BRAGANÇA, A. T. N. M. **O ACOLHIMENTO COMO PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE PACIENTES COM CÂNCER**. Natal, 2006. 141 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

BRASIL. **ABC do Câncer**: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)**. Rio de Janeiro, 2018a. 111 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**: atenção hospitalar. **Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde**. Brasília, 2011a. 135 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 1 abr. 2019.

BRASIL. **Cartilha PNH: Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**: Material de Apoio. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília.

BRASIL. **Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil**. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)**. Rio de Janeiro, 2018b. 130 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf. Acesso em: 1 abr. 2019.

BRASIL. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2004a. 20 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 389, de 23 de março de 2017. **Diário Oficial da União**, 24 de março de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada e Compartilhada**: série B. textos Básicos de saúde. 2009. 64 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Federal n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 01 de abril de 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**: Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. **Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde**.

Brasília, 2001. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf. Acesso em: 1 abr. 2019.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. de. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2010.

BRODKIN, E. Z. Bureaucracy redux: management reformism and the welfare state. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 17, p. 1-17, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Prefácio. In: ARAUJO, G.F; RATES, S.M.M. **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

CAMPOS, R.T.O et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CAPES. **Portaria n° 47, de 17 de outubro de 1995**: Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional. Disponível em: http://www.fnmp.org.br/documentos/portaria-no-47-17-outubro-1995.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.

CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2002. 285 p.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, 11 jul 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Acesso em: 22 out. 2019.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONTANDRIPOULOS, A.P. et al. Avaliação em Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Salvador: EDUFBA, 1997, p. 29-46.

COSTA NETO, P.L.O. **Estatística**. 1. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 1977, p. 43-45.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, set. /out. 2003.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 571-80, 2009.

DE MOOR, J. S et al. Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. **Psychosomatic medicine**, v. 68, p. 555-562.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor/Michigan, EUA: Health Adiministration Press, 1980. 240 p, p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v. 18, p. 356-60, 1992.

EBSERH. **DIRETRIZ EBSERH DE HUMANIZAÇÃO**: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde. **EBSERH: Hospitais Universitários Federais**. Brasília, 2018. 41 p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf/614821e2-79b1-44d4-bd17-f6c7752ed0fe. Acesso em: 13 fev. 2019.

EBSERH. **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS HOSPITAIS SOB GESTÃO DA EBSERH**: Diretrizes Técnicas. 1. ed. Brasília, 2013. 76p p. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/paginas/2019-05/EBSERH_Estrutura%20Organizacional%20dos%20HUs%20sob%20gest%C3%A3o%20da%20EBSERH.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

EBSERH. **RELATÓRIO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 2o CICLO 2018**. **http://www2.ebserh.gov.br**. Recife, 2018. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/ouvidoria/pesquisa-de-satisfacao. Acesso em: 2 nov. 2019.

EBSERH. Site da EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/quem-e-quem. Acesso em: 12 mar. 2019.

ESPERIDIÃO, M; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005.

FAUSTO, M.C.R et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38,

p. 13-33, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_arttext. Acesso em: 23 out. 2019.

FORNAZARI, S. A; FERREIRA, R. El R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

GARCIA, A. V et al. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010.

GIORDANI, A. T. **Humanização da Saúde e do Cuidado**. 1. ed. São Paulo: Difusão, 2008. 192 p.

GONÇALVES, J.B. **Amostragem**: conceitos básicos. 2009.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GOUVEIA, G.C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o Sistema de Saúde brasileiro**. Recife, 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz, 2009.

HILL, M. Implementação: Implementação: uma visão geral. In: ENRIQUE, S (Org.); FERRAREZI, E (Org.). **Políticas públicas**: coletânea. Brasília: ENAP, v. 2, 2006. 185 p. cap. 2, p. 61-91.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC - UFPE). **PDE - Plano Diretor Estratégico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**: Biênio 2016-2017. **EBSERH: Ministério da Saúde**. Recife, 2015. 108 p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hc-ufpe/plano-diretor-estrategico. Acesso em: 12 fev. 2019.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC - UFPE). **RELATÓRIO DE GESTÃO 2016**. **EBSERH: Ministério da Saúde**. Recife, 2017. 75 p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hc-ufpe/relatorio-de-gestao. Acesso em: 12 fev. 2019.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NETO. **Avaliação ao alcance de todos: análise executiva**: Guia para avaliar políticas públicas, vol.03. Vitória, 2018. 81 p. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6420. Acesso em: 29 mar. 2019.

JUNQUEIRA, L.A.P; AUGE, A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 19, p. 60-78, 1995.

KINGDON, J. Formação da agenda: Juntando as coisas. In: ENRIQUE, S (Org.); ELISABETE, F (Org.). **Políticas públicas**: Coletânea. Brasília: ENAP, v. 2, 2006. 290 p. cap. 3, p. 197-246.

LASWELL, H. D. **Politics**: Who Gets What, When, How. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-2014, abr./jun. 2006.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Revista de saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 41-46. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 22 out. 2019.

LIMA, L.L; D'ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 46-63, jan./fev. 2017.

LINDBLOM, C. E. In: HEIDEMANN, F.G (Org.); SALM, J. F (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento**: Bases Epistemológicas e Modelos de Análise. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2009. 348 p. cap. 5.1, p. 161-180.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med**, v. 16, p. 577-82, 1982.

LINHARES, P.H.A; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I.M.N. valiação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 195-208, 2014.

LIPSKY, M. Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. **Russell Sage Foundation**, New York, v. 10, n. 1, jan. 1980.

LIU, Y; WANG, G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. **J Nurs Care Qual**, v. 22, n. 3, p. 266-271, 2007.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-319, jul. /ag. 1972.

MARTINS, Cátia Paranhos. **POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS.** Assis, 2010. 104 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO, 2010.

MATHERS, Colin D et al. **Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results**: Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54. 2003. 118 p.

MAZMANIAN, D. A; SABATIER, P. A. **Implementation and Public Policy**. Glenview: Scott Foresman, 1983.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepções de enfermeiros de UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 67, p. 306-311, 2014.

NASCIMENTO, A. V. do. **Avaliação da Política de Humanização em saúde no Hospital Barão de Lucena: o reconhecimento no cuidado da criança**. Recife, 2010. 163 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste) - Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

NEME, C. M. B; SOLIVA, S.N; RIBEIRO, E.J. História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovário. In: NEME, C. M. B (Org.); RODRIGUES, O. M. P. R (Org.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003, p. 95-124.

NEME, C.M.B. Ganhos terapêuticos com psicoterapia breve em serviço de psico-oncologia hospitalar. In: SIMON, C.P; MELO-SILVA, L.L; SANTOS, M.A.S. **Formação em psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. 2005, p. 39-66.

OLIVEIRA, E.C.V; TEIXEIRA, J.B. do A.; ALMEIDA, D.V. Assistência Humanizada para a equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3375-3382, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897022.pdf. Acesso em: 22 out. 2019.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PESSINI, Leo (Org.); BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 2006. 319 p.

PRESSMAN, J. L; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO, R. J. O mestrado profissional na política atual da Capes. **RBPG**, v. 2, n. 4, p. 8-15, jul. 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: Métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas S.A., v. 2, 2015.

RIOS, I. C. **Caminhos da Humanização na Saúde**: Prática e Reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009. 180 p.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul./ago. 2007.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan. /mar 1994.

SILVA, L.G; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008.

SILVA, L.M.V et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. **Caderno de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 72-84.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, jul/dez 2006.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2002.

STEVESON, W.J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra, 1981, p. 166-169.

STIZIA, J; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

THIBAUD, J.P. O ambiente sensorial das cidades: para uma abordagem de ambiências urbanas. In: TASSARA, E.T. (Org.). **Psicologia e ambiente.** São Paulo: EDUC, 2004, p. 347-361.

THULER, L. C. S; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 656-60, 2005.

TRAJANO, ANA R. HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea? In: MELO, ELZA MACHADO (Org.). **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Opas, 2010, p. 107-120.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VIANA, R. V. **A Humanização no atendimento: Construindo uma nova cultura**. Brasília, 2004. 122 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

WAGNER, S.E et al. Cancer mortality-to-incidence ratios in Georgia: describing racial cancer disparities and potential geographic determinants. **Cancer**, v. 118, n. 16, p. 4032-4045, 2012.

WEISS, L. G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care**, v. 26, p. 383-392, 1988.

WUNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-450, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2004. 212 p.

APÊNDICE A — Entrevistas com os Usuários

Quadro 3 - Questionário Usuários

Dados Sociodemográficos
Nome: Idade:
Identificação: Sexo:
Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós graduação
Situação Ocupacional: ( ) empregado ( ) não trabalhador ( ) aposentado ( ) autônomo ( ) estudante
Situação conjugal: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( )união estável
Local de Residência: ( ) capital ( ) interior ( ) RMR
Internamento em outra instituição: ( ) sim ( ) não, do SUS? ( ) sim ( ) não
Dados Clínicos - (coletar do prontuário)
Diagnóstico:
Metástase: ( )Sim ( )Não
Tratamento Realizado: ( ) quimioterapia ( ) radioterapia ( ) cirúrgico ( ) paliativo ( ) medicamentoso
Tempo desde o descobrimento da doença:
Início do tratamento:

Fonte: A autora (2019).

Quadro 4 - Entrevista Usuários

Questões Norteadoras
1. Como foi que o Sr(a) descobriu que estava doente? E como chegou até o hospital das clínicas?
2. O que o Sr(a) acha do ambiente do hospital (limpeza, conforto, alimentação)? Já faltou algum tipo de medicamento e/ou material para o seu tratamento?
3. O Sr (a) é ou já foi acompanhado pelo posto de saúde do seu bairro? Existe alguma comunicação entre o hospital e o posto?
4. Quais são os profissionais que participam do seu tratamento aqui no hospital? Quando o Sr (a) tem alguma queixa a respeito de seu tratamento é ouvido pelos profissionais?
5. O senhor recebe ou procura receber informações sobre o seu tratamento?
6. Qual foi o momento que o Sr (a) se sentiu mais acolhido no hospital?
7. Qual foi o momento que lhe deixou mais incomodado desde que chegou no hospital?
8. Se o Sr (a) pudesse fazer alguma coisa para melhorar a sua estadia no hospital das Clínicas, o que seria?

Fonte: A autora (2019).

APÊNDICE B — Entrevista com os Profissionais

Quadro 5 - Questionário profissionais

Dados Sociodemográficos - Profissionais	
Nome:	Idade:
Identificação:	Sexo:
Formação Profissional:	
Escolaridade:	
Tempo de serviço no HC:	
Regime de trabalho:	

Fonte: A autora (2019).

Quadro 6 - Entrevista profissionais

Questões Norteadoras
1) O que você compreende por cuidado/praticas humanizadas no hospital?
2) Você conhece ou já ouviu falar sobre a Política Nacional de Humanização da Saúde? O que você acha que ela define?
3) Quais as dificuldades você considera que o serviço possui para a implementação de um cuidado humanizado?
4) Como você acredita que o hospital pode contribuir para a promoção/implementação do cuidado humanizado no serviço de oncologia?
5) Como você considera a sua participação no planejamento e organização do serviço (protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, formação de Comissões, entre outros)?
6) O quão você se sente motivado para realizar atividades de educação permanente/capacitação?
7) Na sua opinião, como o Hospital das Clínicas, enquanto instituição, exerce a valorização e cuidado do trabalhador?

Fonte: A autora (2019).

APÊNDICE C — Entrevista com os Gestores

Roteiro[5]

Quadro 7 - Entrevista Superintendente

Questões Norteadoras
1) Humanização da saúde: - Compreensão do "cuidado humanizado" no ambiente hospitalar;
2) Gestão de Pessoas:- Disponibilidade dos recursos humanos para realização da força de trabalho (dimensionamento de pessoal); - Programas de Educação permanente e Incentivo a Qualificação/ capacitação; - Qualidade de vida e saúde no trabalho: Ambiência do local de trabalho (espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis);

Fonte: A autora (2019).

Quadro 8 - Entrevista Gerência de Atenção à Saúde

Questões Norteadoras
1) Humanização da saúde: - Compreensão do "cuidado humanizado" no ambiente hospitalar;
2) Sobre a Política Nacional de Humanização: - Implantação das diretrizes;
3) Gestão Democrática e Participativa: - Gerência de "portas abertas"; fóruns colegiados, entre outros;
4) Acesso, cuidado integral e resolutivo: - Atendimentos multiprofissionais expandidos e flexibilizados; - Integração com a rede básica (referência e contra referência);
5) Gestão de Pessoas: - Programas de Educação permanente: identificação das necessidades;
6) Gestão de recursos materiais: - Disponibilidade de equipamentos, utensílios, Equipamentos de proteção individual e insumos para as atividades dos profissionais;

Fonte: A autora (2019).

Quadro 9 - Entrevista Divisão do Cuidado em Saúde

Questões Norteadoras
1) Humanização da saúde: - Compreensão do "cuidado humanizado" no ambiente hospitalar;
2) Política Nacional de Humanização: - Implementação das diretrizes da política no Hospital das Clínicas;
3) Cuidado integral e resolutivo: - Equipe multiprofissional, acolhimento, clínica ampliada;
4) Gestão de Recursos materiais: - Disponibilidade de equipamentos, utensílios, equipamentos de proteção individual e insumos para as atividades dos profissionais;
5) Gestão de Pessoas: - Diagnóstico de necessidades e propostas de ações de educação permanente para equipe multiprofissional; - Oferta de atendimento as necessidades psicossociais dos profissionais;
5) Participação ativa de usuários e familiares no cotidiano dos serviços: - Direito a acompanhante, visita aberta, ouvidoria;

[5] As questões foram elaboradas de acordo com as competências estabelecidas em EBSERH (2013).

Fonte: A autora (2019).