

Avaliação de indicadores de humanização em um ambulatório médico no interior de São Paulo

Survey of humanization assessment indicators in a medical ambulatory in the interior of São Paulo

Evaluación de indicadores de humanización en un ambulatorio médico del interior de São Paulo

RESUMO

Objetivos: identificar os indicadores de avaliação em saúde de um ambulatório médico de especialidades e associar as variáveis socioeconômicas aos fatores do Índice de Humanização dos Serviços, na dimensão usuário. **Método:** foi realizado um estudo analítico transversal com abordagem quantitativa, no período de junho de 2019 a agosto de 2020, e utilizado o Índice de Humanização dos Serviços. **Resultado:** Participaram do estudo 171 usuários, 18 profissionais e três gestores. O Indicador Final do Índice de Humanização dos Serviços foi considerado "bom" (0,64); contudo foram encontrados déficits na visibilidade e impacto da política em todas as dimensões. Na dimensão usuário, desconhecer a Política Nacional de Humanização em Saúde, autorreferir-se "preto ou pardo" e baixa escolaridade foram fatores que interferiram negativamente na visibilidade da aplicação da política e na percepção das atividades lúdicas desenvolvidas no serviço. **Conclusão:** Este resultado reflete um serviço que, em geral, assiste ao usuário e defende adequados processos de trabalho, baseados nos princípios humanizadores.

DESCRITORES: Política de Saúde; Humanização da Assistência; Indicadores de Serviços; Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to identify the health assessment indicators of a specialized medical outpatient clinic and associate socioeconomic variables with the factors of the Humanization of Services Index, in the user dimension. **Method:** a cross-sectional analytical study with a quantitative approach was carried out from June 2019 to August 2020, using the Services Humanization Index. **Result:** 171 users, 18 professionals and three managers participated in the study. The Final Indicator of the Services Humanization Index was considered "good" (0.64); however, deficits were found in the visibility and impact of the policy in all dimensions. In the user dimension, not knowing the National Policy for Humanization in Health, self-reporting as "black or brown" and low education were factors that negatively interfered with the visibility of the policy's application and the perception of the recreational activities carried out in the service. **Conclusion:** This result reflects a service that, in general, assists the user and defends adequate work processes, based on humanizing principles.

DESCRIPTORS: Health Policy; Humanization of Assistance; Service Indicators; Physician-Patient Relations.

RESUMEN

Objetivos: identificar los indicadores de evaluación de salud de un ambulatorio de especialidad médica y asociar las variables socioeconómicas con los factores del Índice de Humanización de los Servicios, en la dimensión usuario. **Material y método:** se realizó un estudio analítico transversal con enfoque cuantitativo, en el período de junio de 2019 a agosto de 2020, y se utilizó el Índice de Humanización de Servicios. **Resultados:** participaron en el estudio 171 usuarios, 18 profesionales y tres gestores. El Indicador Final del Índice de Humanización de los Servicios fue considerado "bueno" (0,64); sin embargo, se encontraron déficits en la visibilidad e impacto de la política en todas las dimensiones. Na dimensão usuário, desconhecer a Política Nacional de Humanização em Saúde, autorreferir-se "preto ou pardo" e baixa escolaridade foram fatores que interferiram negativamente na visibilidade da aplicação da política e na percepção das atividades lúdicas desenvolvidas no serviço. **Conclusão:** Este resultado reflete um serviço que, em geral, assiste ao usuário e defende adequados processos de trabalho, baseados nos princípios humanizadores.

DESCRIPTORES: Política de Saúde; Humanização da Assistência; Indicadores de Serviço; Relações Médico-Paciente.

RECEBIDO EM: 03/02/2023 APROVADO EM: 21/03/2023

Bruna Ozaki de Almeida

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.
ORCID: 0000-0003-0552-7509

Gabriel Talioli Rabelo de Lima

Graduando do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.
ORCID:0000-0002-4029-0124



Artigo Original

Bruna O. de Almeida, Gabriel T. Rabelo de Lima, Maria H. de Sousa, Ana C. G. Puggina
Avaliação de indicadores de humanização em um ambulatório médico no interior de São Paulo

Maria Helena de Sousa

Estatística. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professora adjunta da disciplina de Pesquisa em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

ORCID: 0000-0002-1788-4653

Ana Claudia Giesbrecht Puggina

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta da disciplina Pesquisa em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

ORCID: 0000-0001-8095-6560

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), publicada em 2003, instituiu a construção de novos paradigmas ou modelos institucionais baseados nos princípios de transversalidade, protagonismo e co-gestão. Diferentemente de outras políticas públicas, cujas propostas estão pautadas em uma rígida estrutura de “como deve ser”, a PNH sugere modos de fazer a mudança, por meio do esforço coletivo⁽¹⁻³⁾.

O princípio da transversalidade, proposto na PNH, envolve trocas de saberes e experiências entre todos os estratos: usuários, profissionais da saúde e gestores, integrando-se ao sistema, constituindo uma rede de humanização da saúde. Esse conceito rompe com o poder hierarquizado e a verticalização das comunicações – a gestão e construção da saúde passam a ser dialogada entre todos os envolvidos, e a unilateralidade das linhas de mando é substituída pela pluralidade de conhecimentos. Esses saberes integrados conduzem para a saúde do bem comum⁽⁴⁾.

O protagonismo envolve a consciência e o reposicionamento dos indivíduos sobre seus papéis nos espaços de saúde. Os usuários e profissionais, então, tornam-se co-responsáveis pela construção da saúde em seu território, ao questionar e avaliar as falhas presentes no sistema vigente. Todos apresentam autonomia sobre sua realidade e sobre a realidade do coletivo⁽⁵⁾. A co-gestão se baseia na potência do coletivo para a produção de novas realidades, contrapondo-se ao individualismo preponderante na sociedade contemporânea⁽⁵⁻⁶⁾.

A partir desses princípios, formulam-se

as diretrizes da PNH que guiam as ações através da construção de dispositivos: processos materiais e imateriais flexíveis que se inserem no cenário visando a mudança na atenção e gestão em saúde. Dentre eles estão acolhimento, grupos de trabalho de humanização, equipes de referência, apoio matricial e projetos de ambiência⁽⁷⁻⁸⁾. A PNH insere-se também diretamente na relação médico-paciente, afastando-se do modelo biomédico e paternalista no qual o paciente é resumido na sua simplicidade orgânica e sua autonomia é suprimida ao médico como autoridade. Dessa forma, a PNH insere-se em um modelo comunicativo com adesão aos princípios holísticos e torna o paciente co-participante do processo terapêutico, o que conflui para a melhoria da qualidade e resolutividade do serviço⁽⁹⁻¹¹⁾.

Frente à importância da PNH, surge a necessidade de avaliação da aplicação prática desta política nos serviços de saúde. A avaliação em saúde está prevista no artigo 15 da lei 8080 e determina a necessidade de avaliação e fiscalização dos serviços em saúde, além da divulgação dos dados coletados⁽¹²⁻¹³⁾.

Portanto, os objetivos deste estudo são identificar os indicadores de avaliação em saúde de um ambulatório médico de especialidades e associar a variável idade, sexo, escolaridade, renda, ocupação e conhecimento da PNH aos fatores do Índice de Humanização dos Serviços de Saúde na dimensão usuário.

MÉTODOS

Estudo analítico transversal com abordagem quantitativa realizado no período de junho de 2019 a agosto de 2020. O local de estudo correspondeu a um ambulatório

médico de especialidades em um município do estado de São Paulo, em funcionamento há 22 anos. Conta com três gestores, 36 médicos, uma enfermeira e dois técnicos em enfermagem, além da comunidade acadêmica de uma instituição de ensino ligada a esse serviço ambulatorial.

Para determinação do tamanho da amostra dos usuários, foi aplicado o instrumento como piloto em 10 usuários, em que se calculou a média e desvio padrão (média de 0,801 e desvio padrão de 0,307, com coeficiente de variação de 0,38) do Índice de Humanização dos Serviços (IHS). Considerando uma margem de erro de 0,046 (15% do DP) e fixando alfa em 5%, resultou em um tamanho amostral mínimo de 171 usuários, para compor a amostra de conveniência. Quanto aos profissionais e gestores, foi convidada a totalidade desses grupos, sendo 36 médicos e três gestores.

Determinaram-se como critérios de inclusão para a pesquisa os mesmos propostos pelos autores do artigo de validação do instrumento⁽²⁾. Como critério de inclusão para os profissionais e gestores em saúde, estabeleceu-se: ⁽¹⁾ serem profissionais na área da saúde com formação em nível médio ou superior e ⁽²⁾ serem trabalhadores ou gestores da instituição com vínculo empregatício. Para os usuários, firmaram-se os seguintes critérios de inclusão: ⁽¹⁾ serem adultos acima de 18 anos; ⁽²⁾ estarem em acompanhamento no ambulatório de especialidades e ⁽³⁾ estarem conscientes e orientados em tempo e espaço e apresentarem condição clínica adequada para responder ao questionário.

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário de caracterização dos participantes do serviço de saúde que possui 11 variáveis socioeconômicas na dimensão

usuário, 13 variáveis na dimensão trabalho e 8 variáveis na dimensão gestão. O segundo instrumento utilizado foi o IHS que avalia a percepção de trabalhadores, gestores e usuários sobre aspectos da humanização nos serviços de saúde. É um instrumento de domínio público e houve autorização do autor para sua utilização. Está dividido em três dimensões (trabalho, usuário e gestão). No total são 53 itens, divididos em seis fatores na dimensão trabalho, com 25 itens; sete fatores na dimensão usuário, com 18 itens; e dois fatores na dimensão gestão, com 10 itens⁽²⁾.

O instrumento foi construído tendo como base a PNH e foi considerado válido e confiável no estudo de validação. Os itens do instrumento são mensurados com uma escala ordinal do tipo Likert, com quatro opções de resposta (discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente e concordo totalmente). Para essas quatro categorias são atribuídos os valores 0, 3, 7 e 10, respectivamente, multiplicando-se o número de respostas em cada categoria de acordo com seus respectivos valores. Todos os quesitos recebem o mesmo peso. Esses resultados são somados e, em seguida, o valor obtido é dividido de acordo com o número de respondentes de cada variável (frequência de resposta). A partir desse resultado em cada item, efetua-se uma média aritmética dos valores dos itens pertencentes a um mesmo fator. Obtém-se, com isso, o domínio de cada fator⁽²⁾.

A construção do índice, partindo-se dos valores, foi realizada através da aplicação da mesma metodologia utilizada para construção do IDH e utilizando a fórmula proposta pelo autor para obtenção do índice de cada fator. Os valores obtidos pertencem ao intervalo entre 0 e 1 e são interpretados através da seguinte escala categórica: excelente (0,90 a 1); muito bom (0,80 a 0,89); bom (0,60 a 0,79); ruim (0,40 a 0,59); muito ruim (0,20 a 0,39) e péssimo (0,00 a 0,19). Assim, quando esse valor se aproximar de 1, o índice indicará a melhor situação.

Finalmente, foi calculado o índice para cada dimensão, obtido pela média aritmética dos índices gerais dos fatores da dimensão. O Indicador Final do Índice de Huma-

nização dos Serviços de Saúde é resultado da média aritmética do índice de cada dimensão (usuário, trabalho e gestão)⁽²⁾.

Na coleta de dados, os usuários foram abordados pessoalmente pelos pesquisadores, no ambulatório de especialidades. Os trabalhadores e gestores foram convidados por meio eletrônico. Após explicação sobre os propósitos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam os questionários compilados em um formulário eletrônico.

Foi realizada análise descritiva das características da amostra e das respostas dos participantes em cada item do instrumento. O software utilizado foi SPSS/IBM versão 22.0. Para avaliar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. A partir dos resultados desse teste foi realizada análise paramétrica ou não paramétrica dos dados.

A associação bivariada entre as variáveis socioeconômicas e variáveis do IHS foi realizada somente nos itens em que a soma do número de notas negativas (discordo parcialmente e totalmente) foi maior que 10% do total de respostas no item. A probabilidade do erro tipo I adotada nos testes foi de $p < 0,05$.

A pesquisa recebeu autorização da instituição e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 3.493.211. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na Dimensão Usuário, foram convidados para participar da pesquisa um total de 194 usuários. Desses, 23 se recusaram a responder os questionários, resultando em uma amostra de 171 participantes.

Quanto às variáveis socioeconômicas dos usuários, a maioria era do sexo feminino ($n=114; 66,7%$), casados ($n=95; 55,6%$), autotransferiram-se de cor branca ou amarela ($n=100; 58,5%$), católicos ($n=106; 62,0%$), provenientes de Jundiá ou municípios vizinhos ($n=93; 54,4%$) e não conheciam a PNH ($n=142; 83%$). Praticamente metade dos participantes possuía entre 21 e 59

anos de idade ($n=86; 50,3%$) e ocupava-se de afazeres domésticos e cuidados da família ($n=87; 50,9%$). Foram encontradas maiores frequências de usuários com escolaridade até o ensino médio ou técnico ($n=71; 41,5%$), aposentados ($n=55; 32,2%$) e com renda mensal de até um salário-mínimo ($n=60; 35,1%$).

Na Dimensão Trabalho, dentre os 36 formulários aplicados, 18 foram respondidos, resultando em uma taxa de resposta de 50%. Um formulário foi eliminado, pois o participante optou por não concluir a pesquisa durante sua aplicação.

Quanto às características socioeconômicas dos trabalhadores, a maior parte da amostra possuía entre 21 e 59 anos ($n=11; 61%$), era casada ou convivente ($n=15; 83%$), católica ($n=14; 78%$), autorreferiram-se de cor branca ou amarela ($n=17; 94%$), possuía mais de um vínculo empregatício ($n=14; 78%$) e desconhecia a PNH ($n=11; 61%$). A totalidade da amostra possuía ensino superior ou era especialista, trabalhava como médico e apresentava ocupação assistencial. Maiores frequências foram encontradas entre profissionais naturais do município estudado ($n=5; 28%$) e que estavam no cargo atual entre 6 e 11 anos ($n=7; 39%$). Ainda, a amostra se dividiu igualmente entre os sexos masculino ($n=9; 50%$) e feminino ($n=9; 50%$).

Na Dimensão Gestão, foram convidados para participar da pesquisa todos os integrantes dessa categoria, computando três gestores, os quais aceitaram participar da pesquisa e responderam aos questionários.

Em relação ao IHS, na Dimensão Usuário, observou-se que no fator 1 a maioria dos usuários não conseguiram ver com clareza a PNH no serviço: não foram informados sobre a possibilidade de participar do processo de planejamento e avaliação da instituição, não reconheciam a disponibilidade de dispositivos de humanização ou a realização de atividades lúdicas e de lazer pelo serviço. Foi o fator com a pior avaliação na dimensão, sendo classificado como "péssimo".

Nos fatores 4 e 7, a maior parte afirmou ter recebido informações sobre o horário de atendimento, regras e como acionar os pro-

Artigo Original

Bruna O. de Almeida, Gabriel T. Rabelo de Lima, Maria H. de Sousa, Ana C. G. Puggina
Avaliação de indicadores de humanização em um ambulatório médico no interior de São Paulo

Tabela 1. Descrição das respostas dos usuários ao instrumento IHS e Índice Geral dos fatores, 2022.

	Variável	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Índice Geral
		n	%	n	%	n	%	n	%	
		FATOR 1	Tive acesso e oportunidade para fazer reclamações, sugestões ou elogios	84	49,1	12	7,0	19	11,1	
Como usuário fui informado sobre a possibilidade de participar do processo de planejamento/elaboração/avaliação da instituição	142		83,0	9	5,3	4	2,3	16	9,4	
A instituição disponibiliza dispositivo de humanização como Grupo de Trabalho de Humanização, Acolhimento com classificação de risco, ouvidoria e outros	117		68,4	11	6,4	25	14,6	18	10,5	
A unidade desenvolve atividades lúdicas e de lazer voltados para os usuários: visita de doutores da alegria ou equivalente, atividades musicais etc.	128		74,9	9	5,3	20	11,7	14	8,2	
Meu atendimento foi realizado de maneira rápida e resolutiva	3		1,8	10	5,8	45	26,3	113	66,1	
FATOR 2	Meu tratamento foi realizado de maneira resolutiva, de forma a reduzir o tempo e ações desnecessárias	2	1,2	5	2,9	11	6,4	153	89,5	0,93
	Em caso de necessidade, pretendo utilizar novamente os serviços desta instituição. Eu recomendaria este serviço a quem dele necessite	0	0	1	0,6	1	0,6	169	98,8	
	Fui bem recebido nesta unidade	0	0	0	0	1	0,6	170	99,4	
FATOR 3	Fui atendido de forma digna e respeitosa. A instituição garantiu o cumprimento de todos os meus direitos como usuário	0	0	0	0	3	1,8	168	98,2	1

	A instituição é bem-sinalizada: todos os ambientes estão sinalizados e é fácil ir a setores em que preciso ir, mas não conhecia antes	2	1,2	5	2,9	20	11,7	144	84,2	
FATOR 4	Recebi todas as informações de que preciso sobre meu tratamento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas	2	1,2	1	0,6	5	2,9	163	95,3	0,85
	Recebi informações sobre horário de atendimento, regras para acompanhantes, como acionar os profissionais em caso de necessidade	42	24,6	8	4,7	18	10,5	103	60,2	
FATOR 5	Durante meu atendimento, as informações sobre meu histórico e problema de saúde foram tratadas de forma sigilosa e confidencial	1	0,6	1	0,6	5	2,9	164	95,9	0,98
	Minha privacidade foi respeitada: tive controle sobre a exposição corporal e informações pessoais	1	0,6	3	1,8	5	2,9	162	94,7	
FATOR 6	Os ambientes estão sempre limpos e higienizados, proporcionando conforto e bem-estar	0	0	0	0	4	2,3	167	97,7	0,97
	As instalações e o mobiliário são adequados e propiciam um conforto e bem-estar durante a estadia no serviço	2	1,2	2	1,2	14	8,2	153	89,5	
FATOR 7	Os profissionais utilizam crachá e se identificam pelo nome. Sempre sei com quem estou falando	3	1,8	16	9,4	25	14,6	127	74,3	0,84
	Eu conheço a equipe responsável pelo meu tratamento	6	3,5	7	4,1	53	31,0	105	61,4	

Fonte: dados dos autores, 2022.

fissionais em caso de necessidade, sentiam-se bem-informados sobre o tratamento e identificavam os profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento. Os fatores foram classificados como “muito bom”.

Nos Fatores 2, 3, 5 e 6 os dados mostraram que os usuários reconheciam a resolatividade do atendimento, confiavam no serviço prestado, eram bem acolhidos, atendidos de forma digna e respeitosa, sentiam-se respeitados em relação ao sigilo

e privacidade durante o atendimento e reconheciam o ambiente como limpo e adequado. Esses fatores foram avaliados como “excelentes”. (Tabela 1)

Em relação ao IHS da Dimensão Trabalho, no fator 1 notou-se intensa divergência entre as respostas parciais positivas e negativas; contudo, foi possível inferir que a instituição não adotava adequadamente os princípios de isonomia e equidade entre os profissionais e a implantação de dispo-

sitivos da PNH não era uma prioridade. A maioria concordou, pelo menos parcialmente, que a instituição oferecia um plano de carreira (55%), um ambiente de trabalho seguro (72%), os profissionais eram identificados com crachá (77%) e eram oferecidos recursos tecnológicos necessários para a prestação da assistência (56%). Semelhante ao resultado obtido na dimensão usuário, “adaptação a PNH” foi o pior fator avaliado na dimensão. No fator 5, a maioria con-

Artigo Original

Bruna O. de Almeida, Gabriel T. Rabelo de Lima, Maria H. de Sousa, Ana C. G. Puggina
Avaliação de indicadores de humanização em um ambulatório médico no interior de São Paulo

Tabela 2. Descrição das respostas dos trabalhadores ao instrumento IHS e índice Geral dos fatores, 2022.

Variável	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Índice Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
FATOR 1	As normas do serviço adotadas uniformemente a todos os profissionais - princípios da isonomia e equidade	2	11	6	33	6	33	4	22	0,46
	A instituição prioriza a implantação de dispositivos da Política Nacional de Humanização que humanizem o trabalho	2	11	7	39	8	44	1	5	
	A instituição oferece os recursos tecnológicos necessários a prestação da assistência	2	11	6	33	7	39	3	17	
	A instituição oferece um plano de carreira, o que me permite mobilidade e ascensão profissional	3	17	5	28	4	22	6	33	
	A instituição oferece um ambiente de trabalho seguro para a prestação da assistência livre de riscos	1	5	4	22	5	28	8	44	
	Os profissionais sempre estão identificados com crachá	1	5	3	16	8	44	6	33	
	Sinto-me realizado com meu trabalho	-	-	1	5	8	44	9	50	
FATOR 2	Estou muito satisfeito com meu salário	4	22	8	44	6	33	-	-	0,65
	Sinto que meu trabalho é reconhecido e valorizado	1	5	2	11	8	44	7	39	
	Estou satisfeito com o tipo de gestão adotada no serviço	1	5	3	17	10	55	4	22	
	Eu tenho autonomia para organizar e executar o meu trabalho	-	-	2	11	5	28	11	61	

	A chefia da abertura para discutir as sugestões	-	-	1	5	8	44	9	50	
FATOR 3	A comunicação entre a equipe é eficiente. As informações são claras, às demandas e objetivos de trabalho	-	-	1	-	9	50	8	44	0,91
	A gerência do serviço é comprometida com o setor	1	5	1	5	5	28	9	50	
FATOR 4	Meu ambiente de trabalho é bem higienizado	1	5	2	11	5	28	10	55	
	O ambiente de trabalho é sinalizado adequadamente	-	-	2	11	10	55	6	33	0,78
	Todos os materiais e equipamentos necessários são disponibilizados para o atendimento	1	5	4	22	5	28	8	44	
	O número de trabalhadores é adequado a prestação da assistência de forma humanizada	1	5	2	11	6	33	9	50	
FATOR 5	Existe uma integração multiprofissional entre as equipes. Há reuniões periódicas para a discussão e construção de projetos terapêuticos.	4	22	3	17	6	33	5	28	0,58
	Conheço a rede de atenção do Município bem como a área adstrita da instituição onde trabalho	-	-	-	-	13	72	5	28	
FATOR 6	A instituição desenvolve ações para elevar a qualidade de vida e redução do estresse no trabalho	3	17	5	28	9	50	1	5	
	Eu conheço o organograma da instituição	-	-	1	5	7	39	10	55	
	Tenho oportunidade de participar das atividades educativas promovidas na instituição	-	-	-	-	9	50	9	50	
	Sei identificar os ocupantes dos escalões hierárquicos da instituição (Chefias, Gerência, Coordenadores, Supervisores etc.)	-	-	2	11	4	22	12	67	0,92
	Eu sempre tenho oportunidade de fazer sugestões para a melhoria do serviço	-	-	2	11	12	67	4	22	

Fonte: dados dos autores, 2022.



Artigo Original

Bruna O. de Almeida, Gabriel T. Rabelo de Lima, Maria H. de Sousa, Ana C. G. Puggina
Avaliação de indicadores de humanização em um ambulatório médico no interior de São Paulo

cordou, ao menos parcialmente, sobre o número de trabalhadores ser adequado (83%) e afirmou ter conhecimento sobre a rede de atenção do município (100%). Houve maior discordância quanto a presença de integração multiprofissional e ações para promover a qualidade de vida dos trabalhadores. Ambos os fatores foram classificados como “ruim”. (Tabela 2)

No fator 2, a maioria dos profissionais concordou, ao menos parcialmente,

que se sentia realizada com o trabalho (94%), era reconhecida e valorizada (83%), estava satisfeita com a gestão do serviço (77%) e tinha autonomia (89%), apesar de insatisfeita com o salário recebido (66%). No fator 4, a maior parte concordou que o ambiente era limpo e sinalizado, e havia disponibilização dos recursos materiais necessários. Ambos os fatores foram avaliados como “bom”.

No fator 3, a maior parte concordou

que havia abertura da chefia para discussões construtivas, a comunicação entre a equipe era eficiente e a gerência do serviço era comprometida com o setor. No fator 6, a maioria conhecia o organograma da instituição, tinha oportunidade para participar de atividades educativas, sabia identificar a hierarquia e tinha oportunidade para fazer sugestões. Ambos os fatores apresentaram classificação “excelente”. (Tabela 2)

Tabela 3. Descrição das respostas dos gestores ao instrumento IHS e índice Geral dos fatores, 2022.

Variável	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Índice Geral
	n	%	n	%	n	%	n	%	
O atendimento prestado na unidade é acolhedor e resolutivo e baseado em critérios de risco do usuário.	-	-	-	-	1	33	2	67	
Os processos de trabalho da unidade estão organizados de forma a atender os requisitos da qualidade.	-	-	-	-	2	67	1	33	
Existem evidências objetivas que as práticas de saúde desenvolvidas na instituição são efetivas e eficazes.	-	-	-	-	2	67	1	33	
Os usuários da unidade têm acesso a informações detalhadas sobre tratamento, dados financeiros e procedimentos médicos realizados pela equipe de saúde.	1	33	-	-	2	67	-	-	0,54
As instâncias governamentais têm como prioridade a implantação de dispositivos da PNH.	1	33	-	-	-	-	2	67	
No serviço existe uma horizontalização das linhas de mando.	1	33	-	-	2	67	-	-	
Desenvolvemos uma política de redução das filas e ampliação do acesso dos usuários.	-	-	1	33	1	33,3	1	33,3	

	A instituição tem acesso a recursos financeiros para implantar os dispositivos da Política Nacional de Humanização.	-	-	1	33	1	33	1	33	
FATOR 2	Os trabalhadores e usuários participam da formulação e condução da política de gestão.	1	33	-	-	1	33	1	33	0,23
	A lógica de gestão da unidade prioriza a implantação dos princípios e diretrizes da PNH.	-	-	-	-	2	67	1	33	

Fonte: dados dos autores, 2022.

Tabela 4. Diferença estatisticamente significativas na comparação entre os itens do IHS e variáveis sociodemográficas, 2022.

Variável IHS – Dimensão usuário	Notas	Variável socioeconômica		TOTAL
Escolaridade completa				
A instituição disponibiliza dispositivos de humanização como grupo de trabalho de humanização, acolhimento com classificação de risco, ouvidoria e outros.	Negativas	Sem estudo até Fundamental 2	Ensino médio até Especialista	128 (74,9%)
		62 (84,9%)	66 (67,3%)	
	Positivas	11 (15,1%)	32 (32,7%)	43 (25,1%)
	TOTAL	73 (100%)	98 (100%)	171 (100%)
Nota: Teste Qui-Quadrado de Yates com correção de continuidade (p=0,015).				
Conhecimento da PNH				
A instituição disponibiliza dispositivos de humanização como Grupo de Trabalho de Humanização, Acolhimento com classificação de risco, ouvidoria e outros	Discordância	Sim	Não	128 (74,9%)
		15 (51,7%)	113 (79,6%)	
	Concordância	14 (48,3%)	29 (20,4%)	43 (25,1%)
	TOTAL	29 (100%)	142 (100%)	171 (100%)
Nota: Teste Qui-Quadrado de Yates com correção de continuidade (p = 0,004).				
Conhecimento da PNH				
A unidade desenvolve atividades lúdicas e de lazer voltados para os usuários: visita de doutores da alegria ou equivalente, atividades musicais etc.	Discordância	Sim	Não	137 (80,1%)
		17 (58,6%)	120 (84,5%)	
	Concordância	12 (41,4%)	22 (15,5%)	34 (19,9%)
	TOTAL	29 (100%)	142 (100%)	171 (100%)
Nota: Teste Qui-Quadrado de Yates com correção de continuidade (p = 0,003).				
Cor autorreferida				
A unidade desenvolve atividades lúdicas e de lazer voltados para os usuários: visita de doutores da alegria ou equivalente, atividades musicais etc.	Discordância	Branca ou Amarela	Preta ou parda	136 (80,0%)
		74 (74,0%)	62 (88,6%)	
	Concordância	26 (26,0%)	8 (11,4%)	34 (20,0%)
	TOTAL	100 (100%)	70 (100%)	170 (100%)
Nota: Teste Qui-Quadrado de Yates com correção de continuidade (p = 0,032).				

Fonte: dados dos autores, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i86p12625-12646>
Todo o conteúdo desse periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Quanto ao IHS da Dimensão Gestão, no fator 1 observou-se que a maior parte dos gestores identificaram parcialmente a PNH no serviço através: dos processos de trabalho organizados para atender os requisitos de qualidade (os três gestores); da efetividade e eficácia das práticas de saúde desenvolvidas; da transmissão de informações sobre tratamento, dados financeiros e procedimentos médicos aos usuários (dois); e da horizontalização das linhas de mando (dois). Contudo, a maior parte da amostra concordou totalmente quanto ao atendimento ser acolhedor, resolutivo e baseado em critérios de risco, e também sobre as instâncias governamentais priorizarem a implantação dos dispositivos da PNH. A amostra se divergiu quanto a presença de uma política para redução de filas e ampliação do acesso. O fator foi classificado como “ruim”.

No fator 2, a amostra se divergiu na avaliação do impacto das diretrizes da PNH no serviço: o acesso a recursos financeiros para implantar os dispositivos da PNH e a participação dos trabalhadores e usuários na condução da política de gestão foram os itens com maiores divergências. Entretanto, a maior parte afirmou que a implantação dos princípios e diretrizes da PNH era, ao menos, parcialmente priorizada pela gestão. O fator foi classificado como “muito ruim”. (Tabela 3)

Finalmente, a partir da média aritmética do índice geral de cada dimensão - IHS da Dimensão Usuário de 0,81 (classificado como “muito bom”), IHS da Dimensão Trabalho de 0,72 (classificado como “bom”) e IHS da Dimensão Gestão de 0,38 (classificado como “muito ruim”) - obteve-se o valor de 0,64 para o indicador final do IHS, categorizado como “bom”.

Quanto à análise bivariada, somente os itens em que foram constatadas respostas com notas negativas (discordo parcialmente e totalmente) maior que 10% do total de respostas na dimensão usuário, aplicou-se esse tratamento estatístico. Os itens do IHS do fator 1, 4 e 7 foram comparados com as variáveis: ida-

de, sexo, escolaridade, cor, renda, ocupação e conhecimento da PNH.

Foram encontradas quatro comparações estatisticamente significativas, todas no Fator 1. Na associação do item “A instituição disponibiliza dispositivos de humanização como Grupo de Trabalho de Humanização, Acolhimento com classificação de risco, ouvidoria e outros” com a escolaridade ($p=0,015$) e conhecimento da PNH ($p=0,004$), observou-se que a maior parte das respostas com notas negativas foram dadas por indivíduos que desconheciam a PNH e notas positivas foram dadas por indivíduos com escolaridade mais alta.

Na associação do item “A unidade desenvolve atividades lúdicas e de lazer voltados para os usuários: visita de doutores da alegria ou equivalente, atividades musicais etc.” com conhecimento da PNH ($p=0,003$) e cor ($p=0,032$), observou-se que a maior parte de respostas com notas negativas vincularam-se ao grupo de indivíduos que não conheciam a PNH e notas positivas aos usuários que se autorreferiram “brancos e amarelos”. (Tabela 4)

DISCUSSÃO

O índice geral da dimensão usuário foi classificado como “muito bom”, enquanto em outro estudo realizado com o mesmo instrumento o resultado obtido foi “bom”. Além disso, a visibilidade e adaptação da PNH no serviço foi enquadrada como “péssima”, semelhante ao estudo de Souza et al⁽²⁾. É possível que o desconhecimento da PNH pela maior parte da amostra estudada possa corroborar para uma maior dificuldade na identificação da política no serviço, conforme foi observado na análise bivariada. É importante destacar que a presença dos dispositivos humanizadores não é sinônimo de visibilidade, uma vez que esta depende de múltiplos fatores dos diferentes atores envolvidos na produção em saúde⁽²⁾.

Por exemplo, nos resultados do presente estudo foi observada a influência da escolaridade dos usuários nas res-

postas com notas positivas em relação à oferta de dispositivos institucionais de humanização tais como grupos de trabalho, acolhimento com classificação de risco e ouvidoria. Em outro estudo, realizado com outro instrumento, os pesquisadores observaram que indivíduos com menor escolaridade possuíam menores pontuações em um teste que avalia o letramento em saúde⁽¹⁴⁾.

O serviço acolhe e atende as demandas de seus usuários, oferecendo princípios presentes na PNH como resolutividade, confiança e construção de vínculo, fatores que, em outros estudos, foram associados à produção de cuidado mais integral de forma a atender as necessidades de saúde da população⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A comunicação efetiva necessita apresentar um discurso adaptado às realidades sociais e culturais da população e estimular questionamentos e troca de saberes, práticas que foram reconhecidas pelos usuários⁽¹⁷⁾. Os dados pessoais dos pacientes são abordados de forma sigilosa e confidencial, conivente aos preceitos presentes na Carta dos Direitos dos Usuários do Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾. Os princípios transformadores da ambiência preconizados pelo Ministério da Saúde estão presentes⁽¹⁹⁾. Esses resultados são similares aos encontrados por Souza et al⁽²⁾ e revelam que as diretrizes da PNH são representadas no serviço, apesar de sua baixa visibilidade.

O índice geral da dimensão trabalhador foi classificado como “bom”. Entretanto, novamente, a visibilidade da PNH é deficitária, principalmente no que tange a implantação de dispositivos humanizadores, em concordância com o que é relatado na dimensão usuário. Contudo, a maior parte da amostra de trabalhadores também desconheciam a PNH, fato que, possivelmente, influenciou no resultado negativo.

Outros autores concluíram que o trabalho em saúde muitas vezes é permeado por contradições e situações de perigo para a saúde mental. Como decorrência, os trabalhadores médicos que participam da produção de saúde dos indivi-

duos e da coletividade podem perder ou degradar sua própria saúde e qualidade de vida. Sendo assim, esse processo pode repercutir diretamente no desempenho do profissional frente a assistência⁽²⁰⁾.

Apesar disso, o profissional se sente reconhecido e valorizado pelo seu trabalho, condições que aumentam a possibilidade de criação de movimentos de transformação nos serviços⁽²¹⁾. Há abertura entre as equipes e gerência para comunicação e discussão, permitindo a manutenção de uma gestão participativa; pontos fortes, portanto, da participação democrática dos trabalhadores em atividades e gestão do serviço, em concordância com as propostas da PNH⁽³⁾. Ações paralelas que promovam recursos necessários para a prestação da assistência devem ser implementadas para melhoria da qualidade dos

serviços de saúde⁽²²⁾.

O índice geral da dimensão gestão foi classificado como “muito ruim”, em contraste com o resultado do estudo de Souza et al⁽²⁾. Em conformidade às outras dimensões, a visibilidade da PNH é prejudicada. Observa-se que os gestores discordam entre si principalmente quanto presença da transversalidade do cuidado, déficit também relatado pelos usuários. A PNH preconiza o estabelecimento de modelos democráticos de gestão, em oposição ao antigo modelo vertical, operando em conjunto com usuários e trabalhadores⁽³⁾.

CONCLUSÃO

De forma geral, e principalmente na dimensão usuário, observa-se que os partici-

pantes não reconhecem a PNH no serviço, embora identifiquem a presença de algumas de suas diretrizes. Os trabalhadores relatam a presença de uma gestão transversal, apesar de os usuários e, mesmos os gestores, discordarem. É nítida a escassez de certos dispositivos humanizadores.

O IHS final foi classificado como “bom”, apesar de pontos específicos a serem trabalhados. Esse resultado reflete um serviço que, em geral, assiste ao usuário e defendem adequados processos de trabalho, baseados nos princípios humanizadores. O estudo foi realizado em um único serviço de saúde e com amostragem pequena.

Frente a isso, ressalta-se a necessidade de mais estudos, em outros contextos e analisando outros fatores, para reflexão da Humanização considerando sua importância e complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Pasche DF. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(4 Supl 2):33-41.
2. Souza D, De Oliveira L, Lemos R, Felix M, D'Innocenzo M. Validade de constructo do índice de humanização dos serviços de saúde. *CogitareEnferm*. 2016; 21(4):1-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004.
4. Pedroso RT, Vieira MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface Comum Saude Educ*. 2009; 13(1):695-700.
5. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface Comum Saude Educ*. 2009; 13(1):493-502.
6. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*. 2010; 20(4):1245-65.
7. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *RevSaudePubl Santa Cat*. 2008; 1(1):92-100.
8. Archanjo JVL, Barros MEB. Política Nacional de Humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo.” In: *Anais do 15 Encontro Anual da ABRASCO*. Rio de Janeiro; 2009.
9. Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *ACM ArqCatarin Med*. 2006; 35(4):16-24.
10. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(1):139-46.
11. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *CadSaude Publica*. 2004; 20(5):1342-53.
12. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *CadSaude Publica*. 1994; 10(1):80-91.
13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1998.
14. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MVD, Guimarães AMM, Pizzol TSD. Teste de letramento em saúde em português para adultos. *RevBrasEpidemiol*. 2019; 22:e190025.
15. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *CadSaude Publica*. 2008; 24(3):663-74.
16. Motta BFB, Costa MB, Castro APA de, Filgueiras MST. A experiência do acolhimento integrado no ambulatório de diabetes do Hospital Universitário- CAS da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). *J Manag-Prim Health Care*. 2017; 7(1):33.
17. Teixeira JAC. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. *Anál Psicol*. 2004; 22(3):615-20.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Série E. Legislação de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Série B. Textos Básicos de Saúde. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *RevBras de Medicina do Trab*. 2015; 13(2):60-8.
21. Cassella NA, Machado FRS. Apoio institucional: a percepção dos apoiadores em uma maternidade pública de Alagoas. *TrabEducSaude*. 2018; 16(2):799-820.
22. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(1): 7-14.