



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO
CONHECIMENTO
MESTRADO EM GESTÃO DO CONHECIMENTO**

GREICI WEINZIERL

**COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – DIFICULDADES E BARREIRAS
QUANTO A ADEQUAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DO SUS**

**Florianópolis
2009**

GREICI WEINZIERL

**COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – DIFICULDADES E BARREIRAS
QUANTO A ADEQUAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DO SUS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento na área de concentração Gestão do Conhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Augusto Remor

**Florianópolis
2009**

GREICI WEINZIERL

**COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO – DIFICULDADES E BARREIRAS
QUANTO A ADEQUAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento, área de concentração Gestão do Conhecimento.

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2009.

Prof. Dr. Roberto Carlos dos Santos Pacheco
Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
UFSC

Banca Examinadora:

Orientador Prof. Dr. Carlos Augusto Monguilhott Remor
Professor do Curso de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
UFSC

Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho
Professor do Curso de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
UFSC

Prof. Dr. Sílvio Serafim da Luz Filho
Professor do Curso de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
UFSC

BENEVOLÊNCIA

Entre as coisas pequenas, mas incontavelmente freqüentes e, por isso, muito eficazes, às quais a ciência deve dar mais atenção que às grandes coisas raras, é preciso incluir também a benevolência; com isso entendo essas manifestações de disposições amigáveis nas relações, esse sorriso dos olhos, esse aperto de mão, esse bom humor, de que se envolvem habitualmente todos os homens. Todo professor, todo funcionário acrescenta algo mais ao que é seu dever; é a forma de atividade constante da humanidade; é como as ondas de sua luz, nas quais tudo se desenvolve; especialmente no âmbito mais restrito, no seio da família, a vida só verdeja e floresce em virtude dessa benevolência. A cordialidade, a afabilidade, a polidez cordial são derivações sempre fluorescentes do instinto não egoísta e contribuíram mais poderosamente para a civilização que aquelas manifestações muito mais famosas do mesmo instinto, que são chamadas compaixão, misericórdia e sacrifício. Mas costuma-se subestimá-las e, de fato, não há nada nelas propriamente muito altruísmo. A soma dessas doses mínimas não é menos considerável; em sua totalidade essa força se inclui entre as forças mais poderosas. Do mesmo modo, se encontra muito mais felicidade no mundo do que vêm os olhares sombrios: isto é, se fizer a conta certa e desde que não se esqueça sobretudo esses momentos de satisfação, de que é rico cada dia em toda vida humana, mesmo a mais atormentada.

Nietzsche

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação faz parte de um processo contínuo que comecei há alguns anos, na procura de reflexões sobre a existência dos sentimentos humanos, principalmente o que nos leva a acreditar que o amor universal ainda possa fazer parte da humanidade. O encerramento desta etapa, ou seja apenas o começo de um grande caminho me leva a crer que os valores, nos quais eu sempre acreditei, possam contagiar a todas as pessoas que acreditam e lutam por uma vida mais humana.

Quando fazemos uma viagem, muitas coisas acontecem ao longo do caminho e muitas pessoas contribuem para que alcancemos nosso destino. Algumas nos acompanham do início ao final da viagem. Outras, conhecemos ao longo da caminhada, mas têm seu próprio caminho a seguir. De qualquer maneira, todos foram importantes para o sucesso da viagem. As pessoas que orientaram a evolução deste trabalho são numerosas demais para que eu possa agradecer individualmente aqui.

Fui abençoada com muitos professores excelentes, e que me ajudaram a chegar até essa etapa e que expressei o meu sincero agradecimento, porém eu gostaria de agradecer, em especial, ao Prof. Carlos Augusto Monguilhott Remor mais conhecido como Tuto, pela preciosa orientação e pelas inefáveis palavras de incentivo, que tive a honra de obter, durante toda a elaboração da pesquisa.

Gostaria de agradecer aos meus amados pais, Werner e Edeltraud, pelo exemplo de vida que sempre me impulsionou a acreditar no amor universal e na existência de um mundo mais justo e humano. Que me concederam a verdadeira educação permanente, formando-me dentro dos princípios morais e éticos, não medindo esforços para que eu tivesse a melhor formação possível. E, em especial também a um grande exemplo de lutador, meu querido irmão Djonny, por ser o impulsionador de minhas reflexões e também de me ajudar a chegar até aqui. Ao Victor, meu namorado, que sempre me ajudou muito a acreditar que sempre é possível recomeçar e que o sorriso e o amor no coração são essenciais para conquistar um grande sonho. E também um agradecimento muito especial a todos os meus queridos amigos que também me ajudaram muito a chegar até aqui e entre eles também o Dr. Cid Gomes, grande amigo, que com o seu exemplo de vida sempre mostrou que a Humanização é possível.

Agradeço profundamente também a Associação Amigos do HU pelo imenso apoio e confiança que não consigo nem mensurar. A Comissão de Humanização que me permitiu fazer parte deste grupo e pelo apoio durante o desenvolvimento da pesquisa. A todos os trabalhadores de saúde e gestores do HU que me permitiram conhecer os seus pensamentos e me ajudaram na realização da pesquisa.

Desejo acima de tudo agradecer às iluminadas almas, que deram a luz as verdades que trazem o nosso despertar para um mundo mais humano

***“Muitos serão os chamados,
porém poucos terão ouvidos”***
João Luiz

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto a adequação à Política Nacional de Humanização do SUS. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina sob gestão do Governo Federal, situada no Município de Florianópolis-SC. A Comissão de Humanização do HU foi escolhida como amostra para realização da pesquisa por ser a protagonista da PNH estando diretamente envolvida com o tema e, também, ser a representante oficial perante o Ministério da Saúde e Governo Federal para a disseminação da Política Nacional de Humanização – PNH no referido hospital. O grupo tem registrado em portaria oficialmente 8 (oito) membros. De acordo com a Política Nacional de Humanização, entende-se por “humanização” a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Como estratégia de mudanças, a humanização orienta-se por três princípios: a transversalidade; a estreita vinculação entre a atenção e a gestão em saúde; e a autonomia e protagonismo dos sujeitos nos processos de trabalho. A pesquisa foi desenvolvida na forma de estudo de caso, e adotou como técnica para a coleta dos dados a análise documental, observação participante e realização de entrevista aberta com o grupo da Comissão de Humanização. Sendo utilizado o método hermenêutico para a interpretação dos resultados. A análise dos dados revelou a existência de muitas dificuldades e barreiras a serem transpostas para a institucionalização da política. Entre estes, foram apontados pelos entrevistados: a fragilidade da política de humanização e a própria cultura organizacional instituída. As dificuldades e barreiras ainda fazem com que a implementação integral da PNH seja lenta, porém, existe boa vontade da nova gestão da Comissão de Humanização em resgatar valores esquecidos na instituição e também dar continuidade ao processo de disseminação da política a fim de tornar o HU um exemplo de humanização. O SUS ainda está incompleto, falta implantar atividades que melhorem o sistema e dentre elas muitas ações humanizadoras que ainda não estão em execução nos hospitais públicos. O SUS é um sistema que abrange a todos os Estados do Brasil, e existem diferenças culturais e sociais significativas entre um Estado e outro, principalmente em relação aos recursos disponibilizados para cada região, dificultando a integralidade e universalidade deste sistema. Pela complexidade do SUS também é muito difícil conseguir a implantação de todas as diretrizes da PNH. A equipe de referência disseminadora das ações de humanização precisa ser de alto nível e conhecer bem a legislação, como os direitos e deveres dos usuários, estrutura do SUS e a PNH. A humanização não deve ser encarada apenas como um diferencial às organizações de saúde, mas sim como uma necessidade de união de todas as pessoas a fim de atingir o bem estar de todos os envolvidos.

Palavras-chave: Comissão de Humanização, Dificuldades e Barreiras, Política Nacional de Humanização, Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The main objective of this study is to identify the Humanization Committee (HC) difficulties and obstacles on the adequacy of the National Health Humanization Policy (PNH) of the Brazilian Unified Health System (SUS). The research was developed at Polydoro Ernani de São Thiago Hospital (University Hospital) of the Federal University of Santa Catarina. The University Hospital (UH) is managed by the Federal Government and is located in city of Florianópolis-SC. The UH Humanization Committee was chosen as a sample to conduct the study because is the protagonist of the PNH, being directly involved with this subject. It is also the official representative of the Ministry of Health to disseminate the PNH in this hospital. The committee group is officially registered with 8 (eight) members. In Accordance with the PNH, humanization means to reinforce the human value of the different individuals involved in the health production process: users, workers (clinical staff) and managers. The humanization follows three principles as strategy for changes: transversal actions, the close linkage between health care and management, and autonomy and role of individuals in work processes. The research was conducted as a case study. The technique adopted for data collection was the document analysis, participant observation and open interview with the HC group. Was used the hermeneutic method for to interpret the results. Data analysis shows that there are many difficulties and obstacles to be transposed to deploy politics more institutionalized. The interviewed identified the following challenges: the fragility of the humanization policies and the established organizational culture. The difficulties and obstacles make the full implementation of the PNH slow. However, the new managers of the Humanization Committee intend to remember forgotten principles in the institution and also to continue the policy dissemination process to become University Hospital an example of humanization. The SUS actions are still incomplete. Several activities are necessary to improve the system. Many humanizing actions are not yet being implemented in public hospitals. SUS is a system that covers all States of Brazil. There are significant cultural and social differences between several States. The resources available for each region are not equal, making difficult the universality of this system. The SUS is very complex and is too hard the complete development of the PNH guidelines. The professionals responsible to disseminate the humanization actions must know the law, rights and duties of users, the SUS structure and the PNH. The humanization should not be seen only as a differential to the health organizations, but also as a way of uniting people and to achieve the welfare of all involved.

Keywords: Humanization Committee, difficult and obstacles, National Health Humanization Policy, Brazilian Unified Health System (SUS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Logomarca do HumanizaSUS.....	33
Figura 02: Cadeiras-cama reclináveis.....	75
Figura 03: Novos colchões.....	76
Figura 04: Emergência do HU.....	76
Figura 05: Pijamas.....	76
Figura 06: Televisores nos quartos.....	77
Figura 07: Ala Pediátrica do HU.....	77
Figura 08: Biombos.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAHU – Associação Amigos do Hospital Universitário

AIS – Ações Integradas de Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CIAM – Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno

EGC – Engenharia e Gestão do Conhecimento

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HU – Hospital Universitário

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PCCS – Planos de Cargos, Carreiras e Salários

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	12
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	143
1.3 OBJETIVO GERAL	154
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.5 RELEVÂNCIA DO TEMA E JUSTIFICATIVA	154
1.6 PERTINÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO	16
1.7 ESCOPO DO TRABALHO	17
1.8 ESTRUTURA DO TRABALHO	17
CAPÍTULO 2	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 OS DIFERENTES CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO	19
2.3 O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	24
2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS EM FLORIANÓPOLIS	27
2.5 HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO	29
2.5.1 A experiência do Processo de Humanização no Sistema Único de Saúde - SUS	33
2.6 A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À GESTÃO DO CONHECIMENTO	37
2.7 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS – HUMANIZA SUS	39
2.7.1 Os princípios norteadores, marcas e eixos da Política Nacional de Humanização	39
2.7.2 Diretrizes, dispositivos e parâmetros gerais para a implementação da Política Nacional de Humanização - PNH	41
2.7.3 Grupo de Trabalho de Humanização e/ou Comissão de Humanização	47
CAPÍTULO 3	49
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.1 CARACTERIZAÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA	49
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	53
3.2.1 Justificativa da escolha do campo	54
3.3 TÉCNICAS DE LEVANTAMENTO DE DADOS E DELIMITAÇÃO DO TEMA	55
3.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS	57
3.4.1 Análise documental	58
3.4.2 Fontes Documentais	59
3.5 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	59
3.6 ENTREVISTAS	59
3.7 HERMENÊUTICA	59
CAPÍTULO 4	63
4 DINÂMICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ERNANY SÃO THIAGO DE POLIDORO – UFSC	63
4.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO	63
4.1.1 Caracterização do HU	63
4.2 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH NO HU	66
4.3 O PERCURSO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO NO HU PARA CONSTITUIR-SE COMO GRUPO	67
4.4 CONHECIMENTO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO SOBRE A PNH SOB A VISÃO HERMENÊUTICA	69
4.4.1 Propostas do grupo para a divulgação da PNH no HU e à população	71
4.5 DIRETRIZES E DISPOSITIVOS DA PNH IMPLANTADOS NO HU.	73
4.5.1 Acolhimento com Classificação de Risco	73
4.5.2 Projeto de construção coletiva de ambiência	74

4.5.3 Ações humanizadoras do HU aos usuários do SUS	77
4.5.4 Ações humanizadoras voltadas ao trabalhadores de saúde do HU	81
4.6 DIFICULDADES E BARREIRAS DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO QUANTO A ADEQUAÇÃO À PNH	83
CAPÍTULO 5	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
5.1 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	91
REFERÊNCIAS	92
ANEXOS	101

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que existem várias barreiras entre ações preventivas e curativas, área pública e privada e entre os formadores e utilizadores de recursos humanos. Para que estas barreiras possam ser rompidas é necessário que o serviço de saúde e de assistência médica sejam integrados, bem como as atividades que visam a integração humanizada entre eles.

Não se pretende cair na redundância da discussão quanto à polissemia da palavra humanização. Apesar das diversas acepções conferidas pelos dicionários da língua portuguesa, é preferível adotar a posição de que “o contexto é o verdadeiro definidor das conotações, desta forma é que teremos a plena consciência das inúmeras possibilidades de alteração semântica.” (MONTEIRO, 1991, p.144).

A priori é esclarecido que neste estudo se pretende fazer referência à humanização no âmbito de uma política pública de saúde: a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto, nesta política é referenciado que na humanização é preciso ter uma atitude ética tanto dos trabalhadores de saúde quanto dos gestores comprometidos e co-responsáveis com o processo de produção de saúde e de subjetividade autônoma e protagonista. E este estudo apresentará esta política como forma de organizar socialmente e institucionalmente as práticas de atenção e gestão da rede do SUS.

Idealizada em 2003, a PNH como política pública de saúde em fase de consolidação necessita de estudos atinentes à sua implantação. A proposta da política é de modificar o modo tradicional da assistência e atenção a fim de organizar a gestão da saúde e das ações públicas do SUS. Busca incorporar recursos pedagógicos e terapêuticos que apóiem os sujeitos envolvidos, aumentando sua capacidade de lidar com o próprio trabalho e com as necessidades dos usuários.

A metodologia adotada no estudo é uma abordagem qualitativa por possibilitar o conhecimento de um todo a partir de suas partes constituintes, e os tipos de pesquisas utilizadas são: bibliográfica, estudo de caso de caráter exploratório e a observação participante utilizando a técnica da entrevista aberta. Esta pesquisa tem como objetivo identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação à Política Nacional de Humanização do SUS.

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa é necessário observar o processo de implantação da PNH. O caso estudado é um hospital público sob a gestão do governo federal, situado no Município de Florianópolis no estado de Santa Catarina e o grupo focal analisado é a Comissão de Humanização do referido local. A opção pelo Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina como *locus* para a realização da pesquisa não se trata de um mero acaso, pois a pesquisadora é um dos membros da Comissão de Humanização representando a Associação Amigos do HU por ser voluntária há dois anos da referida instituição.

1.1 Contextualização do problema de pesquisa

A humanização da atenção e da gestão da saúde pública já é tratada como prioritária em hospitais do Brasil e também em vários países do mundo. A humanização resgata os direitos obrigatórios dos usuários. Segundo Fortes (2004), historicamente a humanização da atenção à saúde tem seu alicerce na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que estabelece em seu artigo 1º: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.” (FORTES, 2004, p.32).

Existem várias barreiras e dificuldades em instituições de saúde que acabam prejudicando a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Sendo assim, esta pesquisa se propõe a resolver a seguinte problemática: identificação das barreiras e dificuldades da Comissão de Humanização, que é a responsável em disseminar e organizar as ações da PNH, quanto à adequação da PNH do SUS.

1.2 Problema de pesquisa

Para realizar um estudo eficiente é preciso observar e relevar o problema de pesquisa e ao final resolvê-lo de forma coerente.

Diante de situações vivenciadas pela pesquisadora no ambiente hospitalar da instituição, especificamente nos assuntos envolvendo a Política Nacional de Humanização (PNH), se fez necessário observar as barreiras e dificuldades da Comissão de Humanização em reuniões oficiais, bem como a influência nas ações realizadas com o enfoque na PNH do SUS.

Portanto, a pergunta de pesquisa é: quais as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação à Política Nacional de Humanização do SUS?

1.3 Objetivo Geral

Identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação à Política Nacional de Humanização do SUS.

1.4 Objetivos específicos

- Identificar as dimensões relevantes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;
- Apresentar as características da Comissão de Humanização;
- Estabelecer as dificuldades e barreiras para a consecução da adequação da Comissão de Humanização à Política Nacional de Humanização do SUS.

1.5 Relevância do tema e justificativa

A área da saúde no Brasil e em vários países do mundo, ainda necessita de incentivo para a adaptação e aperfeiçoamento dos programas de saúde, políticas públicas e aos novos modelos de gestão do conhecimento. Por isso, um estudo que amplie o conhecimento sobre a política Nacional de Humanização - PNH do Sistema Único de Saúde - SUS no contexto hospitalar, particularmente na atuação da Comissão de Humanização, é relevante, pois pode orientar novos modelos de gestão e esclarecer aspectos peculiares no ambiente hospitalar.

Propostas de humanização nos cuidados de saúde têm sido difundidas como estratégias de enfrentamento da crise de modo criativo e de construção de alternativas para a organização das práticas de saúde. (AYRES, 2004).

Embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de humanização da assistência ainda necessita de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que com um aporte teórico-prático.

Geralmente emprega-se a noção de humanização para a forma de assistência que valorize a qualidade no cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter-equipes.

Campos (1980, p. 36) atenta para a nítida distinção entre a formulação e a implementação de políticas. Baseada nessa premissa indica que “os esforços para preencher o abismo entre os objetivos e resultados do planejamento nacional têm sido dirigidos, de uma maneira ou de outra, para o funcionamento das burocracias públicas.”

A PNH é considerada uma das prioridades políticas do governo, em fase de consolidação nos processos de pactuação das instâncias intergestoras do SUS. A humanização traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, diferentes profissionais e unidades de serviços em saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

Identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação desta política no HU, objetivo principal deste trabalho, é de extrema importância para que a atenção e a gestão à saúde sejam realmente prioridades para se alcançar a integralidade e universalidade da assistência à saúde. É neste ponto que a humanização visa aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS e também implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Implantar e adequar a PNH impõe que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, sendo contagiado por esta atitude humanizadora. Para que as ações sejam voltadas à integralidade, as demais políticas deverão se articular por meio deste eixo. Deve-se, principalmente, relevar aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde e, estar conectado em rede implica exatamente estes processos de troca de conhecimentos, de interferência e de responsabilidade na saúde pública.

1.6 Pertinência ao programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento

A linha de pesquisa do estudo está inserida no Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento – EGC por organizar e disseminar as informações referentes às políticas públicas e gerar novos conceitos de gestão do conhecimento em hospital público, fundamentados nas premissas de uma assistência humanizada.

A adequação da comissão de humanização para as práticas da Política Nacional de Humanização - PNH do SUS refere-se a um modelo de Gestão do Conhecimento, pois cria rotinas e sistemas, para que todo o conhecimento adquirido no ambiente hospitalar se fortaleça e seja compartilhado entre equipes multidisciplinares. Identificar as barreiras e dificuldades da Comissão de Humanização quanto a PNH ajudará a equipe multidisciplinar a nortear as suas ações, gerar novos conhecimentos e priorizar atitudes, a fim de difundir atitudes que até então se encontravam restritas a alguns indivíduos.

O estudo busca, na área de Gestão do Conhecimento, metodologias adequadas de compartilhamento organizacional e disseminação para tornar a PNH mais integralizada entre a Comissão de Humanização, gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

1.7 Escopo do Trabalho

Este trabalho limita-se ao estudo bibliográfico das dimensões da Política Nacional de Humanização do SUS que auxilia no compartilhamento do conhecimento para fundamentar a identificação das dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto a PNH, bem como direcionar as ações para facilitar a humanização em organizações hospitalares. Deixa de abordar peculiaridades inerentes aos diversos conceitos que circundam o tema. Por ser um estudo de caso, é uma investigação que se restringe ao local e objeto específico, à equipe multidisciplinar da Comissão de Humanização do Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago (HU).

1.8 Estrutura do Trabalho

A fim de visar o cumprimento dos objetivos propostos e responder ao objeto de estudo da pesquisa, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. No presente capítulo são apresentados os aspectos introdutórios referentes à pesquisa, tais como: apresentação, contextualização do problema de pesquisa, o problema de pesquisa, objetivos, relevância do tema e justificativa, pertinência do tema ao programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento e escopo do trabalho.

No segundo capítulo, são apresentados os pressupostos teóricos e conceituais que fundamentam a proposta desta pesquisa, a saber: conceitos e abordagens de humanização, Política Nacional de Humanização e suas Diretrizes, Documentos Oficiais da Política Nacional de Humanização, Grupo de Trabalho de Humanização - GTH e a importância da PNH à Gestão do

Conhecimento. Os procedimentos metodológicos que foram os fios condutores do trabalho são tratados no terceiro capítulo. Assim, são definidas a metodologia de pesquisa, a descrição da população e a forma como os dados foram coletados. No desfecho do capítulo, serão descritas as limitações da pesquisa.

No quarto capítulo, são apresentados os dados referentes à pesquisa e a análise desses dados. Por fim, as considerações finais, bem como algumas recomendações e sugestões para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem a finalidade de apresentar o referencial teórico que fundamenta o trabalho e que norteia a metodologia utilizada, bem como a análise e discussão dos resultados.

2.1 Os diferentes conceitos de humanização

Com o passar dos tempos e a busca constante pela qualidade em serviços, a preocupação com o ser humano pode ser considerada uma das buscas incessantes na atualidade. Contudo, no deparamos constantemente com pessoas não qualificadas para a realização de suas funções, e principalmente a mecanização do atendimento oferecido por profissionais ao prestar assistência. Isso pode ser verificado em diversas situações da vida do ser humano e envolve profissionais de diversas áreas.

Diante desses fatos, o ser humano procura estabelecer relações que melhorem a sua vida, principalmente ao se tratar de pessoas com um estado de saúde debilitado. E, a humanização tem sido um caminho muito utilizado porque, através dela, o homem começa a aprender a usufruir de um relacionamento fraterno, proporcionando-lhe uma grande satisfação interior.

Para uma compreensão mais eficiente sobre a humanização é preciso, primeiramente, conhecer seus conceitos bem como suas devidas classificações.

Para Ferreira (1995, p 346) humanização é “tornar humano, dar condições humanas a; humanizar, tornar benévolo, afável, tratável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”.

Então, o que seria Humanizar? Segundo o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH, (BRASIL, 2001)

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso ainda que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso nos desumanizamos reciprocamente. No entanto sem comunicação não há humanização. Sendo que isso depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Existem vários conceitos para humanização e todas as definições encontradas convergem para um sentido único, ou seja, que humanização, humanidade e humanizar é tornar real. E quando

pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou um cuidado, isso parece de certa forma redundante, pois não se pode admitir que um ser humano seja tratado de alguma outra maneira, senão àquela condizente com a sua natureza.

A amplitude desses conceitos leva a crer que segundo Fester (2002, p.17):

A humanização é o processo que confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor.

Já para entender a complexidade da palavra humanização é preciso conhecer a origem dessa palavra, derivada das palavras: humanidade e humanismo.

Com base nesse contexto Durozoi e Roussel (1996) definem humanidade como sendo um conjunto de características específicas do ser humano, tornando-o diferente dos outros animais. Assim, quando se pede para alguém agir com humanidade pede-se para que haja com bondade natural, com indulgência, com humanismo, sem crueldade, com justiça. Já Humanismo é considerado como sendo uma atitude filosófica que faz do homem o valor supremo e que nele há medida de todas as coisas. Herdeiro de Kant, o humanismo contemporâneo, notadamente dos existencialistas e de certas correntes marxistas, define o homem como um ser que é criador do seu próprio ser, pois o humano, através de sua própria história gera sua própria natureza.

Pode-se dizer que a humanização tem como base tratar o indivíduo como um todo, respeitando-o como pessoa e que precisa de atenção, oferecendo um acolhimento mais humano, uma postura coerente e generosa. Já Blasco (1997, p.15) completa com uma definição de homem humanista “que tem capacidade de comover-se diante da vida que contempla valores e atitudes baseadas no altruísta, na colaboração, no amor desinteressado, na humildade e na interação com os outros seres humanos”.

Contudo, a humanização pode ser praticada nas diferentes áreas e organizações, sendo de extrema importância para a adequação das equipes multiprofissionais e da prática de trabalho interdisciplinar de cada um. Deve-se utilizar o avanço tecnológico como forma de melhorar a qualidade em serviços, mas tendo o cuidado para que estes aspectos não predominem, fazendo com que as práticas humanizadoras sejam esquecidas. E esses aspectos são vistos principalmente na área da saúde, que usam a tecnologia para justificar certos dissabores no atendimento prestado aos pacientes. Coaduna com tal afirmação Bennet e Tibbittis (1989, p.15) que relatam que:

A tecnologia no cuidado de saúde tende a ser desumanizadora quando inibe a comunicação entre pacientes e equipe; quando mistifica ainda mais o poder do profissional de saúde, quando se torna um meio de pressão para que os pacientes aceitem soluções cirúrgicas e farmacológicas para seus problemas, ao invés de terapias psicossociais; quando fragmenta o cuidado; quando nega ao paciente a escolha entre medidas extremas e tratamentos paliativos; quando exacerba injustiças na distribuição de recursos de saúde.

Para isso, é de extrema importância que a tecnologia usada no cuidado humano necessite estar direcionada para os direitos dos seres humanos. Baseadas nas informações de Climent (1997) as tecnologias apropriadas em saúde devem reunir algumas características, entre elas:

- Satisfazer necessidades de saúde reais, presentes e futuras, dando soluções efetivas para os problemas levantados;
- Assegurar a participação da comunidade no processo de escolha, desenvolvimento, aplicação e evolução;
- Colocar ênfase nos aspectos preventivos e de promoção da saúde;
- Favorecer seu emprego com sentido humano, criador e transformador;
- Facilitar o acesso à saúde de toda a sociedade;
- Serem eficazes, eficientes, viáveis, seguras e avaliáveis;
- Serem aceitas pela comunidade.

É imprescindível garantir a acessibilidade da atenção à saúde, a utilização desses serviços e a cobertura de suas necessidades. Segundo as idéias de Oliveira, Zampieri e Brüggemann (2001, p.51) que são complementares às características citadas por Climent (1997):

Existem dois tipos de necessidades em relação à saúde: a primeira é resolver um problema de saúde, enquanto contingência – curar-se, prevenir, controlar a saúde, receber orientação. E a segunda necessidade seria receber uma atenção humanizada, própria do ser humano, uma atenção personalizada voltada para um indivíduo. Isso implica compreender que a saúde e a doença se dão em um homem que pertence a determinada cultura e está integrado a distintos grupos e meios.

A grande importância desses conceitos leva a crer que o ser humano “humanizado” é totalmente capaz de tornar belo tudo em sua volta. E assim permitem avaliar a necessidade de dar um novo rumo ao relacionamento entre os seres humanos, no sentido de transformar antigos conceitos considerados hostis em novos, mais ativos, altruístas, capazes de comover-se diante da dor e da limitação alheia.

Na obra de Silva (2002, p.337) são enfatizadas algumas regras que são consideradas essenciais pelo autor para a prática da humanização no atendimento ao paciente:

- a) A importância do atendimento de um profissional da área, como um psicólogo ou psiquiatra que poderá ser necessário, embora os amigos ou familiares do doente também possam ajudá-lo;
- b) Ouvir o doente, seja o que for que ele tenha a dizer;
- c) O carinho físico, que é um veículo imprescindível nas trocas afetivas que de fato enriquecem as relações interpessoais; o contato físico é fundamental, quando parte da própria equipe hospitalar.

Estas medidas podem ser complementadas e fundamentadas segundo Siegel (1989, p. 64), que coloca as seguintes idéias em sua obra:

- Estimule o paciente a ser ativo e nos limites de sua condição, respeitado as restrições médicas, fazer as coisas por si mesmo;
- Comente os sinais de melhora, estímulos positivos são importantes;
- Sempre que possível, despenda tempo com o paciente em atividades não relacionadas à doença;
- Não se pode esquecer que: a esperança não deve morrer.

É pela mediação da palavra trocada com o outro que se pode tornar inteligível o próprio pensamento, anseios, temores e sofrimentos. Coaduna com tal afirmação, é mister destacar a importância da humanização, porque através disto, pode-se compreender o valor dado a esta palavra, para que a mesma não se torne um chavão vazio, como tantos outros que se conhece e em que todos utilizam sem a menor responsabilidade.

Em síntese, é preciso analisar as tecnologias utilizadas segundo as modalidades de atendimento e adotar aquelas que se avaliam como adequadas em termos da capacidade de satisfazer as verdadeiras necessidades do ser humano. Isto implica na responsabilidade social das instituições de saúde em atuarem de uma maneira humanizada, valorizando a sua importância para a melhora do estado de saúde de seus pacientes.

2.2 A construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Segundo Grisotti (1992), através da análise histórica do sistema de saúde no Brasil, especialmente a partir de 1996, a ocorrência de significativas mudanças na prestação da assistência médica até o início dos anos 1980.

Segundo Grisotti e Patrício (2006) a atenção á saúde pública apresenta as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase a totalidade urbana e parte da população rural, com a incorporação de novas categorias de trabalhadores anteriormente excluídas dos benefícios previdenciários. Porém, observa-se uma distribuição fortemente desigual dos serviços de saúde no país, segundo as diferenças regionais.
- Privilégios da prática curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de medidas de saúde com caráter preventivo e interesse coletivo. Em geral, as políticas de saúde eram desconectadas de outras áreas (nutricional, econômica, entre outras). Um exemplo dessa tendência era o modo como se organizava (até os dias atuais), o combate a alguns flagelos nacionais, como a dengue, privilegiava-se o combate ao vetor e a operação mata-mosquitos, quando na realidade deveriam ser adotadas medidas de reorganização e humanização do espaço urbano, uma vez que os focos de infestação e difusão predominam em locais carentes de infra-estrutura básica.
- Crescente intervenção estatal, paradoxalmente orientada mais pela lógica do favorecimento do setor privado.
- Criação de um complexo médico-farmacêutico responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. Na década de 1980 enfatizava-se que, apesar de o Brasil ser um país de economia retardatária e com grandes bolsões de pobreza urbana e rural representava, naquela época, o oitavo mercado mundial de consumo de medicamentos e o primeiro na América Latina.
- Diferenciação da prática médica em função da clientela percebida em estudos sobre a relação médico-paciente.

Todo esse processo foi acompanhado por uma modernização dos aparelhos governamentais destinados a lidar com as políticas sociais. O resultado caracterizou-se pela maior especialização de

cada órgão, ao lado de uma crescente centralização e concentração de recursos institucionais. Foram criadas superposições desnecessárias, ocasionando ausência de coordenação, controle e avaliação dos programas governamentais, reduzindo com isso a eficácia das políticas de saúde (GRISSOTI, 1992).

2.3 O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde

A constituição promulgada em outubro de 1988, a lei orgânica de 1990 e as normas operacionais básicas propuseram e complementaram o que veio a ser denominado “Sistema Único de Saúde” (SUS). Baseado nos preceitos constitucionais, esse modelo assistencial deveria contemplar e operacionalizar os seguintes princípios (BRASIL, 2001):

- Universalidade e equidade – entendidas como garantia, a todos os cidadãos, de acesso aos serviços de saúde, sem nenhuma discriminação de natureza econômica, geográfica ou burocrático-institucional; dependendo sua oferta apenas das necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo populacional.
- Integralidade – no sentido de que as ações de promoção e prevenção descoordenadas da parte de diferentes instituições, sem áreas de interface e obedecendo a diferentes critérios de racionalidade.
- Regionalização, hierarquização e resolutividade – dos serviços nos diversos níveis de assistência – de modo a assegurar a máxima suficiência e eficácia de atendimento ao nível de cada município e de cada região estabelecendo uma rede hierarquizada segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços. As unidades de saúde passam a articular-se segundo os níveis de atenção, estabelecendo mecanismos que garantem a referência (ato de encaminhamento de um paciente atendido em determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade). E a contra-referência (ato de encaminhamento de um paciente a um estabelecimento de origem após resolução da causa responsável pela referência) da clientela dentro do sistema.
- Descentralização – entendida como redistribuição das responsabilidades e recursos financeiros sobre ações e serviços, enfatizando-se o reforço do poder municipal.

- Participação – compreendo a dinamização do processo de planejamento e gestão integrada do sistema, em todas as instâncias, garantindo-se a participação orgânica da população.

Em dezembro de 1989 foi aprovada pela Câmara dos Deputados a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Essa lei incorporou os principais tópicos já consagrados na Constituição, enfatizando dois pontos essenciais ao pleno funcionamento do sistema único de saúde: a autonomia municipal e a descentralização efetiva dos recursos financeiros. Essas medidas colocaram o município como ator principal na gestão do sistema (GRISOTTI, 1992).

O Processo de consolidação do SUS sempre foi permeado por controvérsias; entretanto, a revisão de literatura, permite um diagnóstico tanto das principais dificuldades no início do processo, quanto na fase atual de funcionamento do sistema. Portanto, ainda segundo Grisotti (1998), o diagnóstico dos limites e entraves à consolidação desse sistema, percebidos na década de 1990, apontavam os seguintes aspectos:

- Desmonte da máquina previdenciária tornou as correlações de forças entre os atores envolvidos ainda mais desiguais. Por exemplo, a pressão dos *lobbies* privados e corporativos que pretendiam não alterar o antigo modelo no processo de aprovação e regulamentação da Lei Orgânica de Saúde em 1990, demonstrando assim, o predomínio de uma visão imediatista na cultura político-administrativa do país e o peso que as diferentes conjunturas políticas exerciam sobre os avanços e recuos da implantação do SUS.
- A inexistência de uma tradição política de municipalização de serviços tendia a gerar uma identificação do papel no poder local. Os setores descentralizados, localizados na burocracia estadual, federal e interesses privatistas, tendiam a considerar como atribuição do município apenas o atendimento básico e de urgência, e a gestão da rede de postos e centros de saúde. Em decorrência disto, houve obstáculos para a integralidade das ações, mantendo a separação de modelos e a dualidade gerencial, que deixavam intocados os sistemas prestadores de serviços tradicionais de maior complexidade e geralmente privatizados. É importante destacar que esta crítica ainda é pertinente nas análises sobre os dilemas atuais do sistema.

Até o início da década de 90 o processo de implantação da nova política de saúde evidenciou mais uma desconcentração do que é uma real descentralização. Muito aquém da necessária reforma sanitária, as mudanças no setor limitavam-se ao aspecto formal-administrativo, sem uma transferência de poder, sem autonomia política e financeira e, principalmente, sem democratização das relações sociais em todos os níveis territoriais. Sendo que este fato estava vinculado à falta de uma tradição política de municipalização. Porém, com as normas operacionais básicas de 1993, esta situação foi sendo modificada, forçando cada vez mais esses municípios a assumirem a gestão plena da atenção à saúde, o que garantiu a consolidação, do ponto de vista institucional, do modelo descentralizado (JACOBI, 1990).

Deve-se dar importância para uma gestão plena e humanizada para a atenção a saúde pública, pois grande parte dos hospitais, principalmente os de Santa Catarina, tem vínculo com o SUS.

Para exemplificar quantitativamente, dos 253 hospitais de Santa Catarina 211 são vinculados ao SUS e apenas 42 hospitais não possuem vínculo com o SUS (BRASIL, 2006).

Uma das competências dos gestores do SUS é planejar, organizar, controlar e avaliar o conhecimento, as ações e os serviços de saúde. O planejamento ocorre em dois momentos, primeiro em oficina do planejamento geral, governamental e local – prefeitura - que devem decidir integralmente a fim de beneficiar a todos sem distinção. Esse planejamento deve ser focado em diretrizes baseadas no planejamento estratégico situacional associado a instrumentos que são eficazes para a análise de processos de trabalho.

A promoção de saúde exige a implementação de políticas públicas eficientes em diversas áreas e este modelo de gestão voltado ao conhecimento integrado dos sistemas de saúde públicos vem provocando importantes mudanças no sentido da construção de um modelo assistencial humanizado.

2.3.1 Principais problemas do SUS

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas, destacando-se (BRASIL, 2001):

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;

- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, de sensibilizar outros segmentos, principalmente, de tentar solucionar esses problemas e tomar a humanização como um movimento capaz de fortalecer o SUS enquanto política pública de saúde.

2.4 O Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis

Para a análise do processo histórico da implantação do SUS em Florianópolis pode referenciar o autor Coelho (1998), que enfatiza a existência de três momentos no processo de descentralização da organização e gestão do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis:

- 1) 1985 – Implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em todo o Estado;
- 2) 1988 – Sistema Unificado e Descentralizado de Sistema (SUDS);
- 3) 1990 – Lei Orgânica do Município (LOM) de Florianópolis.

Segundo o mesmo autor, no ano de 1988 foi criado o Fundo Municipal de Saúde em Florianópolis, o qual deveria ter sido regulamentado em 1992 e aplicado no ano de 1994. Porém, o

legislativo aprovou a alocação de 10% do orçamento municipal para a Saúde sendo que, até o ano de 1996, não havia sido realizado. Já a criação do Conselho Municipal de Saúde, de caráter deliberativo, apenas se concretizou em 1989, mas sua instituição legal só sucedeu no ano seguinte. A implantação do SUDS previa planos de cargos, carreiras e de salários – PCCS e a formulação de um Plano Municipal de Saúde que só foram idealizados.

No período de 1990 a 1997 que foi elaborada a primeira e segunda Norma Operacional Básica (NOB 01/91 e NOB/SUS 01/93). A implantação da NOB/SUS 01/93 foi viabilizada em uma nova conjuntura política que orientava outro modelo de gestão das ações e serviços de saúde. No período de 1993 a 1997 foi elaborado o Plano Municipal de Saúde e entre as proposições concretizadas nesse período destacam-se as oficinas de territorialização e o Conselho Municipal. A formação dos Conselhos Locais de Saúde conforme o planejado, não ocorreu (COELHO, 1998).

De acordo com Sisson (2004) a gestão do período de 1997 a 2004 considerou que uma hierarquização de unidades ou centros de saúde dentro da Rede Municipal não era a política adequada ao novo modelo assistencial assumido, a estratégia de saúde da família, e eliminou tipologias alternativas, utilizando o nome Centro de Saúde.

Quanto aos recursos financeiros, havia escassez e limitação no seu gerenciamento e em relação aos recursos humanos havia:

[...] baixa produtividade da força de trabalho, em que a maioria dos profissionais médicos e dentistas, chegam a apenas a 50 ou 60% de seu potencial de carga horária contratada. Somam-se o absenteísmo, o não cumprimento de horário, o precário atendimento à população. Fatores como o baixo salário ausência de política e plano de carreira, cargo, salário, a falta de isonomia são fatores que contribuem para tal resultado. Mais de 33% do pessoal são cedidos pelas outras instituições, decorrente do processo de municipalização do SUS, trazendo problemas de adaptações devido a culturas profissionais diferenciadas, entre outros. O resultado da demanda reprimida, subtendida, serviços desqualificados, comprometendo qualquer gestão de governo (COELHO, 1998, p. 271).

Apesar desses impasses, em Florianópolis a transferência completa da gestão da rede básica de serviços de saúde para a competência municipal se deu a partir de 1997, e no ano 2000 foi concretizada, passando o município da chamada “gestão parcial” para a gestão plena da atenção básica à saúde (SISSON, 2002).

Nesse período a política de saúde passou a orientar-se para o fortalecimento da atenção básica, especialmente através da focalização do Programa de Saúde da Família. Entre 1997 e 1998 83% dos municípios de Santa Catarina implantaram este programa, evidenciando o quanto esse processo é recente (BRASIL, 2001).

Em setembro de 2004, segundo informações fornecidas pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, existiam no município 48 equipes de PSF em 38 Unidades Locais de Saúde e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já cobria 100% das 562 micro-áreas de saúde.

Existiram vários problemas na implantação do programa que, segundo Conill (2002, p.196), foram os seguintes:

[...] Recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade foram os principais problemas apontados [...] a esse fato somam-se dificuldades pelas demandas psico-afetivas e de ordem ética [...] e pelos aspectos gerenciais e organizacionais, composição e tamanho da equipe.

Do ponto de vista legal, entre 1993 e 2001 ocorreram algumas alterações na Lei nº3291/1989 inicialmente instituída para regular a dinâmica e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, como se pode constatar na Lei Municipal nº 3979/93 que aprofunda e detalha a composição do Conselho e sua atribuição e na Lei nº5749/2000, que altera os artigos referentes ao número mínimo de *quorum* para realizar as deliberações (WENDHAUSEN, 1999).

Essas alterações legais expressam um dos problemas encontrados para realizar a disseminação da humanização na assistência da saúde pública em Florianópolis, no ponto de vista pragmático, pouco avanço ocorreu no sentido da consolidação da participação popular enquanto mecanismo de controle social.

2.5 Histórico da Humanização

A luta pela humanização na saúde é preocupação de vários países do mundo. Após o conhecimento dos conceitos é preciso que o histórico da humanização seja descrito. Segundo Fortes (2004, p.35):

[...] historicamente a humanização da atenção à saúde tem seu alicerce na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que estabelece em seu artigo 1º: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.” No entanto, somente por volta da década de 70, com o início do debate e luta pelos “direitos do paciente” as práticas humanizadoras em saúde começaram efetivamente a serem consideradas importantes. Em 1972, o Hospital Mont Sinai, situado em Boston/USA emitiu a primeira manifestação acerca dos direitos dos pacientes reconhecida pela literatura.

No ano seguinte a Associação Americana dos Hospitais lança a Carta dos Direitos dos Pacientes, cuja revisão foi feita em 1992. Fortes (2004) considera de grande relevância na

fundamentação da humanização da saúde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. O Relatório da Conferência (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1) (BRASIL, 2001) enfatizou o conceito ampliado de saúde como “estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, sendo um direito humano básico e objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde.

Estabeleceu ainda o direito e dever dos povos na participação individual ou coletiva, no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Em 1979, a Comunidade Econômica Européia divulgou a “Carta do Doente Usuário de Hospital” afirmando que: o direito do paciente hospitalizado à autodeterminação, o direito para aceitar ou recusar os cuidados propostos pelos profissionais de saúde tanto para o diagnóstico como para o tratamento, e também a obrigatoriedade de prestar informações referentes ao estado de saúde (FORTES, 2004).

Em 1984, o Parlamento Europeu adotou a Carta Européia dos Direitos do Paciente, estendendo ao alcance hospitalar dos outros documentos. Entre outros aspectos, foi permitido o direito do paciente à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o acesso ao prontuário médico e ao consentimento ou recusa à submissão a tratamentos. No Brasil, a luta pela humanização das práticas de saúde teve origem no movimento feminista da década 60, no século XX, em torno do debate da saúde da mulher. Entre os anos de 1960 e 1980 uma série de mudanças foram sendo instituídas (BENEVIDES e PASSOS, 2005). Em 1992, a humanização se fez presente em artigo publicado pelos Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema oficial: Sociedade, Governo e Saúde (VIANA, 2004).

Esta publicação teve por fim a divulgação de textos a todos os interessados e mais informações sobre os temas, como subsídio para a reflexão e posicionamento nas questões da saúde. Viana (2004) trata da relação instituição e usuário abordando algumas diretrizes e operações relacionadas à humanização. Por ocasião da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que teve como tema oficial “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, a humanização do atendimento foi assunto incluído na pauta de debates e em diversas páginas do relatório final.

No entanto, na leitura do documento transparecem aspectos significativos diferentes, sendo caracterizado ora em relação à gestão e qualidade dos serviços e em relação a uma postura ética dos profissionais e da instituição e ora em relação ao cuidado prestado pelos profissionais (VIANA, 2004).

O movimento em prol da humanização chegou ao ano 2000, segundo Benevides e Passos (2005), segmentado por áreas como: saúde da mulher, da criança e do idoso, ligado à atenção hospitalar relacionado aos psicólogos e assistentes sociais e, como exigência de mercado, direcionado à satisfação dos clientes e à garantia da qualidade total na prestação de serviços.

Foram verificadas importantes tentativas de sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários do SUS sobre as questões referentes à humanização do atendimento, porém as iniciativas foram consideradas fracionadas e desconectadas.

Visando a melhoria nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2000 na rede pública brasileira, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), teve como prática a integração de vários programas nos diversos agentes que compõe o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições hospitalares. Este programa tem como objetivo criar uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Este programa teve como uma das propostas implantar ações em hospitais com o intuito de criar comissões de humanização dedicadas à melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. O PNHAH terminou no final de 2002. No início de 2003, iniciava-se no Brasil o primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Até 2004 foram desenvolvidas ou adotadas pelo Ministério da Saúde diversas iniciativas sob a forma de programas e ações que, de alguma forma, parecem ter relação com a humanização na atenção ao usuário. Alguns deles não tornam explícita a idéia de humanização, contudo, determinam como objetivo a melhoria da qualidade na assistência (BRASIL, 2004).

As diretrizes do programa de governo do Presidente Lula para o Brasil, de 2002 a 2006, atentaram para um processo de “ruptura necessária” com os programas de governos anteriores, alegando a exclusão da população na tomada de decisões políticas que contribuía para a prática tradicional das elites brasileiras. Tal projeto defendia, entre outros aspectos, a inclusão social em diversos setores como referência central para o desenvolvimento do País. Especificamente no setor da saúde afirmava reconhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como grande conquista da sociedade (BRASIL, 2004).

A consolidação da Política Nacional de Humanização - PNH ocorreu em fevereiro de 2003, e também a concretização de várias ações que o Programa de Humanização estabelecia e que com a formalização de uma Política acabaram tornando-se realidade bem como também o fortalecimento

do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política também tem como *slogan* a palavra HumanizaSUS e os hospitais que estejam aos poucos se adequando aos princípios norteadores da PNH recebem a identificação de hospital humanizado, ou seja, hospital participante do HumanizaSUS (BRASIL, 2004).



Figura 1: Logomarca do HumanizaSUS
Fonte: BRASIL (2004)

A necessidade de adotar a Humanização como Política Transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços e nas práticas de saúde e instâncias do Sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como uma política transversal supõe, necessariamente, que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber e poder que se ocupam da produção de saúde.

A Humanização vista como uma política transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS implica em (BRASIL, 2001):

- Traduzir os princípios do SUS buscando convergir os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção da saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

De acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes. Através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e

interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004).

Ainda segundo a PNH, a transformação da cultura organizacional promove a revisão de formas, posturas e políticas de atendimento da instituição e busca, constantemente, maior valorização e comprometimento de todos os profissionais envolvidos, além de (BRASIL, 2004):

- Gerar uma maior transparência na conduta dos profissionais pela presença constante da família;
- Promover a democratização das informações, com o estímulo ao diálogo entre as famílias e os profissionais de saúde;
- Permitir a todos os colaboradores, corpo clínico, voluntários, pacientes e seus responsáveis a lembrança do princípio básico da organização: humanização no atendimento.

2.5.1 A experiência do Processo de Humanização no Sistema Único de Saúde - SUS

A busca constante pela qualidade é o objetivo de todas as empresas, sejam estas de produtos ou serviços, sendo disponibilizados recursos que são aplicados para a satisfação dos desejos e necessidades de seus clientes. Contudo, poucos ainda ousam modificar conceitos, que até pouco tempo atrás ainda eram princípios intocáveis. Os serviços de saúde no SUS constituem um sistema imperfeito, em que as interações entre seus componentes não são harmoniosos nem coerentes e sofrem a influência de interesses e contingências próprias de um ambiente social cuja realidade é mutável e imprevisível (SILVA, 2000).

Muitos destes componentes dos sistemas de saúde são heterogêneos e atuam em ambientes diferenciados, com várias funções e atingindo diferentes tipos de público, sob expectativas e demandas de serviços variados.

Esses ambientes impõem, por sua vez, pressões diversas sobre os serviços e profissionais que atuam nessas organizações, gerando respostas que têm pouca harmonia com as ações de outros e, que produzem fragmentações e desequilíbrios no SUS como um todo. Sendo que, atuar nesses sistemas significa deparar-se com uma grande variedade de fatores técnicos e comportamentos humanos diversos.

Na maioria das instituições públicas de saúde os profissionais tratam o usuário de uma maneira totalmente impessoal, aumentando consideravelmente o grau de insatisfação deste, gerando assim descontrole emocional e, conseqüentemente piorando o seu estado de saúde.

Sob esse prisma, procura-se melhorar a qualidade e a atenção dispensadas aos usuários do SUS através de iniciativas de humanização, no sentido de desenvolver a capacidade de falar e de ouvir os pacientes, suas queixas de dor, temores e ansiedades. Desenvolvendo assim uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários, além da incorporação consistente do trabalho voluntário.

Segundo a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2006) todo cidadão tem direito de acessar o SUS, mas convêm observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturá-lo. A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. A municipalização garante a atenção básica de saúde trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema.

Seguindo os critérios abordados pela PNH, a regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1(um) de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos, são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em micro-regiões, designando serviços de nível 2 (dois) de referência em média complexidade. Estas micro-regiões, por sua vez, são agrupadas em macro-regiões, com serviços de nível 3 (três) de referência em alta complexidade. As Secretarias Estaduais de Saúde designam também os serviços de nível 4 (quatro) de referência em alta complexidade e os Centros de Referências Nacionais (BRASIL, 2006).

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais e estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Porém, a baixa qualidade dos serviços acaba muitas vezes, sobrecarregando o sistema. A explicação é simples, se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue desenvolver o seu trabalho adequadamente (BRASIL, 2006).

Boa parte das demandas dos pacientes poderiam ser resolvidas em um primeiro atendimento se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional com o usuário.

Por isso o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), questiona que a humanização não se trata de mais uma sobrecarga em um trabalho que já demanda muito investimento. Gestores e trabalhadores da saúde se deparam, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, tem de atender as necessidades de pessoas que se encontram em situações difíceis de trabalho. É justamente a consolidação dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para a reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas aliadas a gestão de novos conhecimentos. Os novos desafios encontrados facilitam o trabalho dos profissionais de saúde e melhoram a qualidade do atendimento aos usuários.

Todas essas medidas podem ser viáveis, através dos objetivos da Rede Nacional de Humanização, como afirma ainda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001):

- Tornar a instituição mais visível e confiável perante a comunidade, através da coletivização das informações sobre as ações realizadas e os resultados alcançados;
- Proporcionar maior agilidade nos processos a serem desenvolvidos, através do conhecimento de novas metodologias testadas em outras iniciativas;
- Oferecer maior possibilidade do estabelecimento de parcerias;
- Garantir apoio e ressonância para as iniciativas de humanização desenvolvidas;
- Favorecer a formação de uma cultura de participação, de cooperação de coresponsabilidade.

Estas medidas têm como finalidade promover as relações humanas como valor fundamental nas práticas de saúde, tanto em instituições particulares quanto nas públicas, e também como uma forma de melhorar o atendimento dos beneficiados do SUS, que já tiveram duras experiências.

Por sua vez, esta experiência do processo de humanização no SUS possui intervenção dos grupos de trabalho de humanização hospitalar, que se expressam através de quatro planos distintos, conforme admite o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

- No plano pedagógico: contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade.
- No plano político: propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia

e competência técnica. Para isso deverão manter um relacionamento restrito para cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos;

- No plano subjetivo: um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, e como e para quê se trabalha numa organização hospitalar;
- No plano comunicativo: criando fluxos de informações relevantes para profissionais, possibilitando conhecer os projetos de humanização em curso no hospital.

As atividades dos grupos de multiplicação de humanização hospitalar têm a finalidade de divulgar e difundir a Política Nacional de Humanização - PNH através de *workshops* regionais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil. Os grupos multiplicadores da PNH tem como finalidade mobilizar e sensibilizar os participantes para a relevância da questão da humanização no atendimento à saúde, oferecendo cursos de capacitação profissional, encontros com o Comitê Técnico de Humanização para acompanhamento do trabalho realizado, capacitação dos Grupos de Trabalho e Comissões, encontros mensais para acompanhamento, supervisão e avaliação do processo de implantação deste (RIBEIRO, 2002).

É importante ressaltar que apesar de muitas ações de Humanização já serem obrigatórias em organizações públicas credenciadas pelo SUS ainda existem poucos incentivos para o fortalecimento da PNH. Desencadeado este processo, as instituições de saúde, através da voz de usuários, profissionais e gestores assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução perante a comunidade da já desgastada imagem do SUS.

Enfim, esta proposta de humanização dos serviços públicos de saúde, proposta pela PNH enfatiza que o valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o SUS, não se trata de adotar medidas para “maquiar” as instituições, nem tampouco de uma proposta “ortopédica”. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários (BRASIL, 2004).

A experiência de humanização dos serviços públicos de saúde desencadeia o processo de reflexão sobre a realidade do sistema e a particularidade de cada instituição, para que sejam então criadas novas soluções para enfrentar os desafios, a fim de otimizar as oportunidades e agregar novos conhecimentos às organizações.

2.6 A importância da Política Nacional de Humanização à Gestão do Conhecimento

A importância da humanização está no fato de que ela pode agregar conhecimento a fim de ajudar a desenvolver e valorizar a comunicação e o relacionamento entre as pessoas que fazem parte de uma instituição. Assim, quando se pretende promover a humanização em serviços como os da saúde, pode ser necessária a inclusão da gestão do conhecimento e de todas as dimensões psíquicas, familiares, culturais e sociais do indivíduo.

A partir da idéia exposta, Mezomo (1995, p. 276) descreve que:

Humanização hospitalar significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais. [...] Hospital humanizado, portanto, é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita as pessoas, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.

Neste contexto, a gestão do conhecimento surge como fator estratégico de extremo significado, pois centraliza as ações, tendo papel de destaque em inúmeras organizações, criando vantagem competitiva através de processos estratégicos objetivos e inteligentes (NONAKA E TAKEUCHI, 1997).

Segundo Blackler (1995) o exercício da gestão do conhecimento nas organizações, no caso as hospitalares, são muito dependentes de um contexto estrutural favorável. Contexto este, que acima de tudo propicie o compartilhamento do saber-fazer.

É de pouca valia que o conhecimento em forma de vivências, habilidades e competências permaneça restrito a algumas pessoas ou nos meios informatizados, sem a devida utilização (SVEIBY, 1998).

No processo são fundamentais a estrutura e o comportamento organizacional, ambos favorecidos pela comunicação e diálogo entre as pessoas, ambiente laboral, procedimentos afins e políticas de incentivo que predisponham a passagem do simples plano individual de aprendizagem.

Tendo em vista as premissas descritas no texto, Guptill (2005) desenvolveu uma estrutura de conceitos e informações sobre a criação de gestão do conhecimento em organizações. Estes componentes estão diretamente relacionadas com a Política Nacional de Humanização, tendo em vista também a melhora dos resultados no segmento da saúde:

- Comunidade de prática: atenta para a socialização do conhecimento entre as pessoas e equipes, observando a necessidade da colaboração do alcance de propósitos comuns, discutindo de que modo o conhecimento é formado, codificado, utilizado e comunicado;
- Conteúdo gerencial: visa elaborar uma espécie de livreria do conhecimento na qual estão disponíveis as políticas corporativas, procedimentos recursos organizacionais, ferramentas de gestão, relatórios de *performance* e estratégias para difundir as informações;
- Conhecimento e capacidade de transferir o conhecimento: é ressaltada a grande importância, sendo apontada como a responsável por novos comportamentos que devem acompanhar a difusão e inovação dos processos pela organização;
- *Performance* de resultados: sinaliza a capacidade organizacional de incorporar o sucesso trazido pelas inovações, através de mensurações de desfechos assistenciais, processos e satisfação. É uma visão de resultados que vem a seguir a construção de novos conhecimentos;
- Tecnologia e infra-estrutura de suporte: tem o objetivo de simplificar os processos colaborativos e tornar o conhecimento totalmente avaliável. É vista como um meio de atingir uma finalidade.

Esses componentes da Gestão do Conhecimento estão relacionados às premissas da Política Nacional de Humanização que relata que humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só a palavra do usuário, como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade, ética da palavra, da qualidade nos serviços, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. E, portanto, para que a humanização esteja sendo agregada aos ambientes hospitalares é preciso que existam pessoas qualificadas a frente desse trabalho aliadas às técnicas de gestão do conhecimento a fim de promover um diferencial nesses serviços.

Dentro desse contexto que a Política Nacional de Humanização enfatiza, é preciso salientar que a missão de um hospital é oferecer um sistema de saúde qualificado e um serviço assistencial personalizado aos usuários, e também proporcionar um ambiente de trabalho agradável aos colaboradores que atuam na instituição (BRASIL, 2004).

Guptill (2005) enfatiza que a gestão do conhecimento aliada às políticas públicas de saúde nas organizações assistenciais, se bem implantadas, transformarão os sistemas de saúde nos mais custos-efetivos sistemas dentre as organizações que utilizam recursos públicos.

Diante desse cenário enfrentado pela área da saúde e da possibilidade de desenvolver soluções através de um gerenciamento qualificado, vê-se na humanização aliada a gestão do conhecimento um meio significativamente ímpar de sustentabilidade das organizações hospitalares.

2.7 Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS

2.7.1 Os princípios norteadores, marcas e eixos da Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização do SUS têm alguns princípios que são considerados norteadores e o conhecimento destes são de extrema importância como ponto de partida para a adequação das ações desenvolvidas nos hospitais da rede do SUS. Abaixo estão relacionados esses princípios (BRASIL, 2006):

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, respeitando as reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;

- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Com base nesses princípios espera-se, com a implantação da PNH, alcançar os seguintes resultados (BRASIL, 2006):

- Redução de filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado dos trabalhadores da saúde.

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2006).

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o auto-desenvolvimento e o crescimento profissional;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;

- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;
- No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemática das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

2.7.2 Diretrizes, dispositivos e parâmetros gerais para a implementação da Política Nacional de Humanização - PNH

Existem algumas diretrizes que foram estabelecidas que são de responsabilidade das organizações públicas do SUS e que devem ser seguidas quando estas fizerem parte do HumanizaSUS. São elas (BRASIL, 2006):

- Ampliar o diálogo entre os colaboradores, trabalhadores de saúde e população e entre profissionais e administração a fim de promover a gestão participativa, colegiada e gestão compartilhada dos cuidados/atenção.
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização – GTH ou Comissões de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão

dos preconceitos (racial, religioso, sexual e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;

- Adequar os serviços ao ambiente e a cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, através de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomada de decisão;
- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população, ampliando o compromisso social e co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;
- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Dispositivo é um arranjo de elementos concretos, (ex. uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instrução e/ou materiais) e os não concretos (ex: conceitos, valores, atitudes) mediante os quais fazem funcionar, se catalisam ou potencializam um processo. Na PNH foram envolvidos vários dispositivos que foram acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2006):

1. Acolhimento com classificação de risco: trata-se da recepção do usuário, desde o momento de sua chegada, da responsabilização integral por ele através da escuta de suas queixas, permitindo a expressão de suas preocupações e angústias (BRASIL, 2004, p. 43).
2. Equipes de referência e de apoio matricial: composto por um grupo multiprofissional evidenciado pelo objetivo de cada serviço de saúde, responsável pela atenção a uma determinada clientela. Esta referência é de grande relevância no plano da gestão por facilitar a criação de vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. A proposta desta equipe transcende a responsabilização e atinge até a

repartição de poder gerencial (BRASIL, 2004, p.47). O apoio matricial é uma disposição no ordenamento dos serviços e complementa as equipes de referência. Ele propicia que o encaminhamento dos pacientes de uma equipe de referência seja evitado e que este passe a solicitar o suporte de “serviços de referência/especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente” (BRASIL, 2006c, p. 11).

3. Projeto terapêutico singular (PTS) e/ou projeto de saúde coletiva: trata-se da reunião de toda a equipe onde as opiniões são importantes para auxiliar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidados de saúde e, conseqüentemente, para propor ações. Pode ser realizado não somente com indivíduos, mas também com grupos e famílias. O PTS é constituído de quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (PASSOS; BENEVIDES, 2005).
4. Projeto de construção coletiva de 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 a construção de espaços a serem vivenciados por grupos de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2006).
5. Gestão participativa e co-gestão: 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 a construção de espaços a serem vivenciados por grupos de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. A co-gestão é um modo de administração “que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores” (BRASIL, 2004, p. 6).
6. Sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores de saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais de pesquisa de satisfação (BRASIL, 2006).
7. Projeto acolhendo os familiares/rede social participante, visita aberta, direito e deveres do usuário e direito ao acompanhante: com a finalidade de garantir os direitos dos usuários, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, considerando as conquistas no âmbito legal (Constituição Federal/88 e Lei Orgânica da

Saúde) e a importância do fortalecimento do SUS como política pública pelas três esferas de governo e pela sociedade civil (BRASIL, 2006).

8. Programa de formação em saúde do trabalhador e comunidade ampliada de pesquisa: projetos de educação permanente ao colaborador e cursos de capacitação ao profissional da saúde (BRASIL, 2006).
9. Programa de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da área: projetos de inclusão e de ergonomia ao trabalhador da saúde bem como projetos de ginástica laboral entre outros (BRASIL, 2006).
10. Grupo de trabalho de humanização ou/e Comissão de Humanização: o GTH é definido como “espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado” (BRASIL, 2006).

Já os parâmetros para acompanhamento da implementação da PNH do SUS em organizações de saúde são subdivididos em (BRASIL, 2006):

A. Parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica:

- Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados e buscando adequação da capacidade de resolubilidade;
- Abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde;
- Organização do trabalho, com base em Equipes Multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas à promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;

- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

B. Parâmetros para implementação de ações na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:

- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso a estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

C. Parâmetros para implementação de ações na Atenção Especializada:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

D. Parâmetros para implementação de ações na Atenção Hospitalar:

Nesse âmbito são propostos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para o Nível A:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Ouvidoria funcionando;
- Equipe multiprofissional com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e nutricionistas,

que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;

- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Conselho de Gestão Participativa, com funcionamento adequado;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
- Atividades sistemáticas de capacitação, compondo um Projeto de Educação Permanente para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da Humanização/PNH;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

2.7.3 Grupo de Trabalho de Humanização e/ou Comissão de Humanização

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2006). Quando o Hospital é designado humanizado, ou seja, que faz parte do HumanizaSUS e segue as diretrizes da PNH, deve ter uma representação oficial e muitas vezes é utilizado a nomenclatura Comissão de Humanização para este grupo de pessoas, ao invés de Grupo de Trabalho de Humanização, porém os objetivos são os mesmos.

Segundo o documento base da PNH (BRASIL, 2006) as propostas do GTH e/ou Comissão de Humanização não se restringem apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde

como hospitais, mas também têm relação com outras unidades de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). São também adequadas ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), e também mediante parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, entre outras).

Todos podem participar desses grupos: profissionais da saúde, técnicos, colaboradores, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos grupos de Humanização mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo.

A construção de um grupo de trabalho faz com que os problemas sejam discutidos em conjunto e aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências e buscar a solução para estas e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras.

Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina ou ao seu lugar institucional, que não consegue pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. O trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente. No entanto, é importante que o grupo respeite seu próprio tempo de construção, pois é necessário amadurecer laços e projetos antes de decidir o quê e como fazer (BRASIL, 2006).

Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão e também um bom direcionamento para algumas mudanças desejadas à organização.

Nesse sentido segundo o documento base da PNH (2006), em um GTH ou/e Comissão de Humanização, os componentes do grupo podem experimentar diferentes funções, alternadamente, ao longo dos encontros: a coordenação dos trabalhos, a observação do andamento e análise dos impasses do grupo, a articulação da pauta de assuntos, o registro da reunião, o planejamento de objetivos e encaminhamentos de decisões acordadas no grupo. Subgrupos podem se constituir temporariamente para elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, preparar temas

a serem apresentados ou mesmo divulgar os trabalhos aos demais trabalhadores e usuários. Outras pessoas podem ser convidadas para refletir sobre um assunto específico ou para coordenar uma atividade particular, como um trabalho corporal ou lúdico, fazer uma exposição sobre o assunto delimitado na pauta da reunião, realizar uma palestra, entre outros.

O GHT e/ou Comissão de Humanização define uma periodicidade para os encontros e organiza prioridades para as reuniões. Não há um tempo pré-definido para a duração do grupo e ele pode durar anos e/ou se desdobrar em outros tipos de grupos ou propor outras ações.

Portanto, as principais características do grupo são, ser coletivo, organizado, participativo e principalmente democrático. Deve-se ter como objetivo que a efetiva participação do grupo destina-se a empreender uma política institucional de resgate aos valores de universalidade, integralidade, aumento da equidade na assistência e democratização na gestão em benefício dos usuários e dos trabalhadores de saúde.

O referencial teórico é de extrema importância para se compreender os procedimentos metodológicos adotados no trabalho e também a análise dos dados e discussão de resultados que serão descritos nos próximos capítulos.

CAPITULO 3

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa científica necessita de um referencial metodológico coerente e consistente. Desta forma, a partir do problema do trabalho e do referencial teórico empírico apresentado, a presente pesquisa terá como objetivo responder à indagação feita, de forma a avaliar os resultados obtidos.

Neste capítulo, serão apresentados a conceituação e os procedimentos da pesquisa, desde a escolha até a descrição de todas as etapas que serão utilizadas para a obtenção de dados.

3.1 Caracterização teórica da pesquisa

A presente proposta aborda técnicas de pesquisa com o intuito de reunir informações prévias sobre o campo de interesse. Ao longo da obra de Lakatos (1999) foi definida essa etapa como sendo o primeiro passo de qualquer pesquisa científica, e é realizado de duas maneiras: pesquisa documental (ou de fontes primárias) e pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias).

O levantamento de dados documentais e bibliográficos é de extrema importância para o entendimento e o embasamento da fundamentação da proposta, tornando viável ou não a sua implantação. Esta, por sua vez, tem como objetivo principal conseguir informações e conhecimentos práticos acerca de um problema para qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, descobrindo novos fenômenos ou relações entre eles.

A abrangência da pesquisa é determinada pelas técnicas empregadas na coleta de dados e na determinação da amostra, sendo esta suficientemente capaz de apoiar as conclusões desejadas. Antes da coleta desses dados é preciso lembrar também da importância de se estabelecer tanto técnicas de registro, quanto as que são utilizadas na análise posterior.

Segundo Gil (1999), para que se possa desenvolver uma pesquisa científica é necessário que haja uma metodologia, servindo como um caminho a ser percorrido, de forma a não se perder por trilhas que não levam ao destino. Para um conhecimento ser considerado científico, torna-se necessário identificar o método que possibilitou chegar a essa verificação.

De acordo com Gil (1999, p. 27), “Pode-se definir método como um caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.”

Durante a pesquisa bibliográfica foi realizada uma revisão em livros, artigos, documentos oficiais do assunto estudado, legislação, revistas, dissertações, teses e *sites* sobre políticas públicas, humanização, sistemas de saúde, ambientes e gestão hospitalar, entre outros. Segundo Azevedo (1999, p. 12) a pesquisa bibliográfica "[...] discute as contribuições de vários autores a um tema específico".

Esta pesquisa de caráter exploratório, que visa uma abordagem qualitativa, se dá pelo fato de a mesma não admitir regras precisas, a qual implica a observação dos fenômenos sociais, feita de maneira intensiva, envolvendo o pesquisador no universo de ocorrência desses fenômenos. Segundo Dencker (2000, p. 98) a pesquisa qualitativa pode ser realizada em três situações:

- Lacunas no conhecimento existente;
- Inconsistência entre o que uma teoria prevê que aconteça e resultados de pesquisa realizada ou práticas cotidianas;
- Inconsistência do resultado de diferentes pesquisas.

Em geral, a maioria das pesquisas qualitativas se propõe a preencher lacunas no conhecimento, tendo caráter descritivo ou exploratório, sendo poucas originadas no campo teórico. “Isso se dá porque a pesquisa qualitativa é especialmente indicada para situações em que a teoria não é suficiente para solucionar o problema e o pesquisador necessita buscar em campo, as variáveis que são consideradas na análise” (DENCKER, 2000, p. 99).

Tendo em vista um grande aproveitamento do tema e da abordagem seguida, é essencial a adoção de várias técnicas de coleta de dados para a obtenção das informações necessárias. As pesquisas qualitativas caracterizam-se pela utilização de metodologias múltiplas, sendo a observação uma das técnicas utilizadas, que consiste em examinar fatos e fenômenos do objeto de estudo. Esta técnica ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito dos objetos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento.

O papel importante do pesquisador nos processos observacionais, no contexto da descoberta obriga-o a ter um contato mais direto com a realidade, sendo um ponto de partida para a investigação social. Esta pesquisa de natureza exploratória pode ser realizada em uma área na qual há pouco conhecimento acumulado, como argumenta Gil (1999, p. 45) “As pesquisas exploratórias têm como principais finalidades desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, sendo que em todos os tipos de pesquisa, esta, é a que apresenta menor rigidez no planejamento”.

Este tipo de pesquisa desenvolve uma visão abrangente do assunto pesquisado, através de uma ampla investigação e discussão com os vários profissionais das diferentes áreas de atuação, tendo em vista um melhor resultado no projeto final.

Os autores Alves-Mazzoti e Gewandszajder (1999, p. 158) relatam que “tanto a formação intelectual do pesquisador, quanto suas experiências pessoais e profissionais relacionadas ao contexto e aos sujeitos introduzem vieses, ou seja interpretações obliquas, dos fenômenos observados”. Fazer pesquisa é observar a realidade. Por isso, muitos dados de que o pesquisador necessita podem ser obtidos pela observação direta das situações adequadas.

Contudo, ao longo de seus relatos, enumeram as seguintes vantagens que costumam ser atribuídas à observação e que encontram semelhança no estudo da humanização:

- Independe do conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos: na humanização são analisados vários profissionais como médicos, enfermeiros, gestores, entre outros;
- Permite “checar” na prática, a sinceridade de certas respostas, que as vezes, são dadas só para causar “boa impressão”;
- Permite identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir. (ALVES-MAZZOTI e GEWANDSZNAJDER, 1999, p.159)

Em função dos procedimentos técnicos empregados, a pesquisa pode ser classificada como um estudo de caso. De acordo com Yin (2005, p. 19): “os estudos de caso representam a estratégia de pesquisa quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Em conformidade com o entendimento de Yin, o estudo de caso não necessita abranger uma interpretação absoluta ou exata de eventos reais; tão somente propicia estabelecer uma estrutura de discussão e debate. Os estudos de caso são “generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações e universos e tem como objetivo a expansão e divulgação de teorias e não a especificação de frequências” (YIN, 2005, p. 30).

O método do estudo de caso foi escolhido por melhor se adequar à finalidade da pesquisa, pois com este método pode-se descrever a situação do contexto onde está sendo feita a investigação e explicar as variáveis causais que a afetam. O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo

e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 1999).

Segundo Yin (2005 p.105) “As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros de artigos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos”.

O estudo proposto constará dos seguintes instrumentos para a coleta de dados: observação participante e entrevista aberta designada à um grupo focal. Conforme Minayo (2006, p. 273) “a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade”.

Na entrevista aberta ou também chamada não estruturada pode ser definida, segundo Minayo (2006) como ‘conversa com finalidade’ em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não como cerceamento da fala dos entrevistados. Na sua realização, o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamento, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa.

Nas entrevistas abertas, segundo Minayo (2006), a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma seqüência rígida, mas, é determinada frequentemente pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfase que o entrevistado atribui ao assunto em pauta. Já o grupo focal tem como valor principal a capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com os outros indivíduos. Esta técnica precisa ser planejada, pois visa obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou divergências.

Para a análise do conteúdo, a ser descrita no capítulo 4 (quatro), será utilizado o método hermenêutico que, segundo Gadamer (1999), é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central.

3.2 Delineamento da pesquisa

Conforme a caracterização teórica da pesquisa, o tipo de pesquisa é definido como sendo um estudo de caso e conforme as observações feitas, o pesquisador seleciona o local a ser estudado e o procedimento adequado a ser realizado. Portanto, o estudo foi desenvolvido no Hospital Ernany São

Thiago de Polidoro – HU da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC na cidade de Florianópolis – SC e o grupo focal pesquisado, a Comissão de Humanização do referido hospital.

A investigação desdobrou-se em duas etapas: a fase exploratória e o trabalho de campo. A primeira, iniciada em março de 2008, caracterizou-se pela coleta de toda a documentação pertinente tanto ao Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar quanto a Política Nacional de Humanização - PNH, desde os primeiros relatórios de atividades até as últimas cartilhas, documentos e artigos editados pelo Ministério da Saúde.

Foi conferida grande importância à densidade do conteúdo da política em estudo a fim de legitimar os propósitos colimados. Após o intenso cuidado dedicado a essa etapa, deu-se a confirmação da escolha do campo de pesquisa, sua contextualização e a obtenção de autorização expressa da direção do hospital, bem como a submissão e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina registrado no processo 308/08 FR – 225192. Posteriormente, foi efetuado o levantamento de documentos complementares, necessários para dar prosseguimento às fases subseqüentes. A segunda etapa retrata o trabalho de campo, constituída de observação participante e entrevistas que iniciaram no mês de outubro de 2008. Todos os membros do grupo da Comissão de Humanização, amostra escolhida para a realização da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO A), documento exigido pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSC.

Torna-se fundamental esclarecer que, para confirmação ou confronto das evidências, em muitos momentos da pesquisa, os elementos integrantes das duas fases mencionadas estiveram estreitamente ligados ou até mesmo superpostos.

3.2.1 Justificativa da escolha do campo

Neste item são expostos os motivos da escolha do Hospital Ernany São Thiago de Polidoro – HU como *locus* desta pesquisa e também a determinação da Comissão de Humanização como amostra para a coleta das informações.

Quando o campo é um contexto específico de complexidade social, como por exemplo, uma organização, comunidade ou mesmo um domicílio familiar, exige do pesquisador um período especial para o reconhecimento dos seus aspectos geográficos e sócio-culturais. Em alguns casos exige do pesquisador um período longo de observação participante, às vezes, maior que aquele despendido nas demais fases do estudo.

Devido a extrema necessidade de conhecimento e interação da pesquisadora para a realização desta pesquisa foi preciso uma significativa vivência no local. O tema é bem abrangente, pois se trata da visão do grupo sobre a humanização e discussão sobre as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à Política Nacional de Humanização e, para o levantamento desses dados é preciso muita dedicação e tempo para a coleta do material. Devido a estes fatores e pela pesquisadora já ter vivência anterior no local, optou-se por realizar o estudo no referido hospital.

A pesquisadora já realiza estudos sobre assuntos ligados a humanização há algum tempo e também já faz parte do grupo de voluntariado do referido hospital há mais de dois anos. Por ser voluntária da Associação Amigos do HU (AAHU) representava, oficialmente e registrado em portaria, a associação, como membro do Grupo de Humanização (ANEXO B). Foi a partir deste momento que surgiu a idéia e a oportunidade de realização da pesquisa no local. Para fazer parte do grupo de voluntariado é preciso fazer um curso de capacitação e passar pelo período de experiência no local, realizando a visitação de modo que esta seja supervisionada pelos coordenadores dos grupos. Para se tornar um voluntário da AAHU é preciso empenho e responsabilidade bem como o consentimento e aprovação do trabalho pelo presidente da AAHU Senhor Narciso Policarpo.

A Comissão de Humanização do HU foi escolhida como amostra para realização da pesquisa por ser a protagonista da PNH estando diretamente envolvida com o tema e, também, ser a representante oficial perante o Ministério da Saúde e governo federal para a disseminação da Política Nacional de Humanização – PNH no referido hospital. O grupo tem registrado em portaria oficialmente 8 (oito) membros, como se pode perceber no anexo G. Outro fator relevante considerado para a escolha da amostragem é a multidisciplinaridade do grupo, por se tratar de diferentes profissionais e visões sobre a temática, a discussão se torna bem dinâmica e produtiva, e não favorece um grupo específico de profissionais. A pesquisa também se torna bem enriquecedora, pois aborda diferentes visões e pensamentos sobre a PNH, e várias dificuldades e barreiras são levantadas para uma avaliação em conjunto sobre a temática.

3.3 Técnicas de levantamento de dados e delimitação do tema

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram: observação participante, entrevista aberta e análise documental.

A técnica da observação participante foi aplicada nas reuniões oficiais da Comissão de Humanização do Hospital Ernany São Thiago de Polidoro – HU no período de julho de 2008 a janeiro de 2009 e na rotina diária dos profissionais e também da pesquisadora no referido período e local. Foram observadas as clínicas de atendimento (médica, cirúrgica, pediatria, maternidade e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)) bem como, a emergência, enfermarias, corredores, salas de espera e a estrutura das entradas do hospital. O foco da observação foi a rotina de atendimento e estrutura física e humana do hospital, mas, principalmente, os que tem ligação com os assuntos das reuniões oficiais da Comissão de Humanização e que são identificados na Política Nacional de Humanização - PNH. Os profissionais que não estejam diretamente envolvidos com a temática e com o estudo realizado, bem como, os assuntos não relevantes para o desenvolvimento da pesquisa e que não estão registrados na Política Nacional de Humanização não serão considerados na coleta dos dados, discussão e análise dos resultados.

O modelo de observação participante utilizado, em sua origem, é desenvolvido em quatro fases: a observação primária ou inicial, a observação com alguma participação, a participação com alguma observação e a observação reflexiva ou participante (LEININGER, 1978).

O primeiro cumprimento da fase caracteriza-se essencialmente pela ação de observar, ouvir, analisar cada registro de dados, sem qualquer intervenção na situação em foco. Esta fase é bem complexa, sendo que a pesquisadora entrou no campo gradativa e suavemente, minimizando o possível caráter de invasão e intervenção na rotina dos profissionais do ambiente pesquisado. Na segunda fase, além da observação, há também participação ativa. Essa fase também pode ser chamada de “ganhando acesso” como referencia o autor Leininger (1978), pois alguns pesquisadores só conseguem entrar de fato no mundo em estudo após começarem a participar mais ativamente das atividades com os sujeitos participantes.

A terceira fase é bem participativa, mas ainda há participação permanente das cenas e cenários da situação em foco. Nesta, o objetivo é participar com as pessoas, sentir, experimentar e aprender, pelo envolvimento direto com as atividades.

A última fase, observação reflexiva ou participante, tem como objetivo discutir e refletir as situações e as questões que emergiram durante o desenvolvimento das atividades que envolviam situações de pesquisa (LEININGER, 1978).

Processos de observação participante e de entrevista, em estudos que não contemplam em seus objetivos ações de transformação da realidade, precisam evitar qualquer intervenção que possa modificar a situação observada. Entretanto, em várias oportunidades percebe-se que o processo de

pesquisa já interferia na realidade, pelo menos nas percepções do sujeito, quando o estimulava à reflexão em relação às situações trazidas na entrevista. Este fenômeno acontece em razão da técnica de entrevista desenvolvida. Nela, o formato e o conteúdo das questões e a qualidade de interação construída no processo, estimulam um diálogo interno nos participantes, que tem gerado transformação e consciência, que se expressa em ações cotidianas (GRISOTTI e PATRÍCIO, 2006).

Já a técnica de entrevista aberta, iniciada em outubro de 2008, foi aplicada aos membros da Comissão de Humanização tendo como material de apoio o documento base da Política Nacional de Humanização (2006) e algumas questões de orientação para o desenvolvimento da entrevista. Apenas assuntos que estão registrados na Política Nacional de Humanização foram considerados nesta etapa das entrevistas.

As entrevistas ao grupo foram realizadas durante duas reuniões oficiais da Comissão de Humanização que foram registradas em ata pela diretora de apoio assistencial e diretora da comissão Maria de Lourdes Rovaris, totalizando aproximadamente 8 (oito) horas de entrevista a todos os membros.

3.4 Procedimentos da coleta dos dados

Os procedimentos utilizados para a coleta dos dados na técnica de observação foram:

- Registrar os movimentos e os atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Humanização – PNH no Hospital Ernany São Thiago de Polidoro – HU;
- Identificar as dificuldades e barreiras do grupo de humanização, designado Comissão de Humanização, composto por 8 membros oficialmente registrados em portaria, quanto a Política Nacional de Humanização do SUS;
- Evidenciar as ações e iniciativas humanizadoras promovidas no hospital;
- Destacar os aspectos facilitadores e obstaculizadores à implementação da política a partir da percepção da Comissão de Humanização.

3.4.1 Análise documental

A análise documental foi realizada no decorrer do processo do trabalho de campo, especialmente nos registros da Política Nacional de Humanização, atas das reuniões da Comissão de Humanização bem como todos os documentos internos da referida comissão, como regimentos internos, propostas, projetos, entre outros. Estes documentos foram disponibilizados para consulta pela Diretora da Comissão de Humanização Senhora Maria de Lourdes Rovaris. Todos esses documentos não são de extremo sigilo e, portanto, a visualização e utilização destes pela pesquisadora no trabalho não trarão contratempos à instituição.

Todo esse processo de coleta de dados e análise documental foi acompanhado de reuniões com a comissão de humanização e também com a diretoria da comissão, tendo em vista, especialmente, o princípio metodológico qualitativo de analisar os dados concomitantemente ao processo de levantamento. Esses encontros têm o objetivo de discutir e refletir sobre os dados coletados, focalizando as categorias e os temas identificados na primeira análise, fazer a associação desses dados com a literatura e também refletir sobre possibilidades e limitações do método de estudo.

Nessas oportunidades também foram identificados os problemas que emergiam no decorrer das atividades de campo, discutiam-se possíveis soluções e procediam-se os devidos encaminhamentos, incluindo possibilidades de participação de outras pessoas que não estão diretamente envolvidas na comissão, porém, estão envolvidas com a temática que, algumas vezes, são solicitadas para colaborar nas ações estabelecidas pela comissão.

Os dados levantados em todo esse processo de pesquisa, foram registrados durante as reuniões oficiais, reuniões extra-oficiais e também durante a observação realizada no período estabelecido para a pesquisa, que eram registrados nos diários de campo da pesquisadora. Nas notas de campo constam diálogos, a observação do contexto físico e sócio-cultural e o espaço para a análise, na qual se busca identificar categorias relativas ao objeto de estudo; Notas do pesquisador, constando registros de atitudes dos profissionais envolvidos na pesquisa e notas teóricas e metodológicas do processo relativas ao tema e ao método.

Assim, a partir dos registros do diário de campo, a análise foi sendo construída no decorrer do estudo, conforme princípios da pesquisa qualitativa, buscando-se identificar categorias que respondessem o problema de pesquisa e que cumprissem os objetivos estabelecidos no estudo.

3.4.2 Fontes Documentais

As informações documentais foram obtidas de diferentes fontes:

- Documentos do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2001);
- Documento-base da Política Nacional de Humanização – PNH (2006);
- Cartilhas da Política Nacional de Humanização – PNH (2006);
- Atas das reuniões oficiais da Comissão de Humanização do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – HU;
- Regimento interno do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago - HU;
- Ações Humanizadoras do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago- HU voltadas ao usuário e trabalhadores da saúde;
- Propostas voltadas para a humanização do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

3.5 Observação participante

Em consonância com a orientação de Víctoria et al. (1989 p. 62) “A observação participante foi efetivada reputando a necessidade de conhecer e compreender a realidade e de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala e da escrita”. Este recurso se mostrou proveitoso mediador entre o discurso e a prática à medida que pôde contar com a presença da pesquisadora como parte dos eventos observados. Foi observado o ambiente interno e externo, o comportamento das pessoas nos grupos, a linguagem utilizada e o relacionamento entre os integrantes dos grupos. A pesquisadora teve a participação ativa em todos os eventos estudados sobre a temática e os quais teve a permissão.

Os principais eventos em que a observação participante ofereceu oportunidades para coleta de dados foram:

- Reuniões oficiais da Comissão de Humanização do HU;
- Reuniões extra-oficiais com o objetivo de discutir as reais possibilidades de implantação de ações humanizadoras no HU;

- Encontros e trabalhos de pessoas e grupos pertencentes ao Hospital ou compostos por agentes externos que executam atividades na unidade relacionados à humanização do atendimento; e
- Observação dos atendimentos em locais específicos do HU e também a observação da ambiência do referido hospital.

3.6 Entrevistas

As entrevistas abertas foram constituídas por “conversas com finalidade” para indagar os respondentes sobre fatos relacionados a assuntos pertinentes à pesquisa e sua opinião sobre determinados temas (MINAYO, 2006). As respostas ao problema de pesquisa foram manifestadas pelo resultado das perguntas diretas ou indiretas que seguiram em um roteiro previamente preparado. Este artifício foi utilizado em respeito ao perfil do entrevistado, visando evitar constrangimentos, recusas, posições de defensiva e manipulação dos interrogados através dos seus discursos. Desta forma, procurou satisfazer as necessidades da linha de investigação e concomitantemente foi preciso relevar questões amigáveis e não ameaçadoras ao grupo de pesquisa.

O roteiro, composto de 5 (cinco) questões relevantes sobre a temática, utilizado como base para a coleta dos dados nas entrevistas ao grupo de trabalho designado Comissão de Humanização foi:

- 1) Conhecimento do grupo sobre a PNH;
- 2) Percepção do grupo acerca da PNH como política pública de saúde;
- 3) Seu protagonismo no processo de implementação desta política na instituição;
- 4) Identificação de atividades, ações ou projetos “humanizadores” na instituição;
- 5) Reconhecimento das dificuldades e barreiras quanto à implementação da PNH no HU.

3.7 Hermenêutica

Para analisar o conteúdo é utilizado o método hermenêutico de interpretação, por ter similaridade com a humanização. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação e a sua linguagem também é limitada. Por isso é preciso

compreender também seu contexto e sua cultura. A hermenêutica se fundamenta em dois importantes princípios:

1. A experiência cultural traz os resultados dos consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos. O mundo da cotidianidade é o horizonte e o parâmetro do processo de entendimento (GADAMER, 1999).
2. Por outro lado, nem tudo na vida social é transparente e inteligível e nem a linguagem é uma estrutura completa da vida social. Por isso é importante apoiar-se nas análises de contexto e da práxis (HABERMAS, 1987).

Do ponto de vista metodológico a abordagem hermenêutica se encaminha dentro dos seguintes parâmetros (MINAYO, 2006):

- Busca esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem;
- Existe um teor de racionalidade e responsabilidade nas diferentes linguagens que se refere como veículo de comunicação;
- Coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores;
- Assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que houve, observa e compartilha;
- Produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados.

A hermenêutica ocupa-se, ainda segundo Minayo (2006), da arte de compreender textos. O termo texto está sendo usado neste estudo no sentido bastante amplo, como nas narrativas, entrevistas, documentos, livros, artigos, dentre outros. Na hermenêutica a abordagem temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento (nunca completo ou nunca total), ou intransparente, levando a um impasse na comunicação. Por isso as idéias de alteridade, entendimento e a noção de mal-entendido são possibilidades universais tanto no campo científico como no mundo da vida.

Gadamer (1999) relata que a hermenêutica administra uma herança humanista que a distingue da *práxis* da chamada “ciência moderna”. Remor (2002) relata em sua tese de doutorado que a hermenêutica busca revelar, descobrir, perceber o significado mais profundo daquilo que se

mostra, de modo bruto, na realidade manifesta. Sua procura aponta para um significado oculto, não manifesto de um texto. A hermenêutica abrange um método ou uma ferramenta de pesquisa, através da qual se pode chegar a conhecer realmente o próprio Homem, a realidade em que vive, sua história e sua própria existência. Pode ser assumida também como o estatuto de um método de conhecimento.

Fialho et al. (2006, p. 58) elaboram que: “A percepção designa o conjunto de mecanismos e de processos pelo qual o organismo toma conhecimento do mundo e do seu meio ambiente sobre a base das informações elaboradas pelos seus sentimentos”.

No próximo capítulo, será exposta a análise dos dados, os resultados das técnicas realizadas e das entrevistas, bem como as avaliações do resultado da pesquisa.

CAPITULO 4

4 DINÂMICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ERNANY SÃO THIAGO DE POLIDORO – UFSC

A sistematização da apresentação dos achados empíricos baseou-se nos objetivos propostos para este estudo e na proposta de resolver o problema de pesquisa apresentado. A análise dos dados neste capítulo foi baseada na análise hermenêutica da Política Nacional de Humanização - PNH, documentos formais e informais do HU, observação da pesquisadora e entrevistas realizadas com o grupo da Comissão de Humanização. No início do capítulo é apresentada a descrição do estudo de caso, caracterização do HU, bem como os arranjos organizacionais disparados pela implementação da PNH no hospital. Neste capítulo é descrito a entrada da PNH e a constituição da Comissão de Humanização no HU como protagonista no processo de implementação da humanização no referido hospital.

Na etapa seguinte é evidenciada a percepção da Comissão de Humanização sobre humanização como política pública de saúde. A seguir são identificadas as atividades, ações e projetos “humanizadores” na instituição, focados nas diretrizes e dispositivos da PNH em funcionamento no hospital. Por fim, são expostas as dificuldades e barreiras consideradas pela Comissão de Humanização, quanto à implementação da PNH no referido hospital.

4.1 Descrição do estudo de caso

4.1.1 Caracterização do HU

Busca-se primeiramente nesta etapa caracterizar a estrutura hospitalar, levantando as questões que norteiam a Política Nacional de Humanização- PNH e, posteriormente, adentrando especificamente no grupo da Comissão de Humanização a fim de identificar suas características gerais, formação e percepções quanto à PNH.

Segundo informações retiradas do histórico do Hospital Universitário Ernany São Thiago de Polidoro – HU (HU, 2008) as obras de construção do hospital iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornaram realidade em 1980. A obra foi realizada após

intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração em maio de 1980.

Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia (especialidade cirúrgica em ginecologia e obstetrícia).

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantados em outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Outra característica importante do HU é o seu atendimento de Emergência funcionando ininterruptamente, atendendo adultos e crianças em áreas separadas, em números crescentes e que atingem a média de 400 pacientes/dia (HU, 2008). Vem sofrendo pressões incontroláveis tendo em vista a demanda de população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como Centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade.

Atuando nos três níveis de assistência, o básico, secundário e o terciário, o HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

É um órgão suplementar e está diretamente vinculado ao reitor da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Seu corpo clínico constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e pesquisa. Os médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário.

As dificuldades de gerências e de financiamento impostas pela conjuntura atual, e tabelas de retribuição de serviços defasada em relação aos custos operacionais, a crise dos Hospitais

Universitários pela dificuldade de atualização de equipamentos e obras, racionalização de procedimentos e investimentos no treinamento de recursos humanos, em todos os níveis têm se constituído em grandes desafios para a atual administração, em especial na área de pessoal.

Financeiramente o HU é subsidiado por recursos repassados pelo Ministério da Educação (MEC) à UFSC, e esta por sua vez mantém mensalmente as despesas com a folha de pagamento dos servidores efetivos e ainda as despesas com telefone, água e energia elétrica. As demais despesas do hospital são subsidiadas por arrecadação própria oriunda da sua participação no SUS. O modelo de gestão é participativo e colegiado, tendo como filosofia norteadora das suas atividades a humanização do atendimento.

A implantação progressiva da Informática, a melhoria dos sistemas de dispensação de medicamentos com dose individualizada, a racionalização dos processos de distribuição de materiais médicos e de enfermagem, por cotas, o estabelecimento de fluxo de licitação anual com entrega parcelada, o novo sistema de controle informatizado do atendimento ao público, no laboratório, Raio X, Banco de Sangue, e Serviço Ambulatorial, a implantação de controles administrativos na área contábil e financeira, contribuíram para melhorar e equilibrar a relação receita/despesa em 1998, fator altamente preocupante nas administrações anteriores. As perspectivas de melhoria na tabelas de retribuição dos serviços prestados ao SUS, a próxima entrega dos equipamentos pelo PROGRAD - MEC, o desenvolvimento das atividades de pesquisa e pós-graduação e a autorização para repor as perdas de Servidores ocorridas nos últimos doze meses com ônus da Fundação e recursos próprios (HU, 2008).

Os objetivos que são apresentados no regimento interno do HU são (HU, 2008):

- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, sob orientação das coordenadorias e dos departamentos de ensino, que nele afetivamente atuam;
- Prestar assistência à saúde da comunidade em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e agualitária;
- Prestar atendimento público às comunidades local, regional e estadual, nos setores ambulatorias, de internação e de serviços complementares. Sua clientela é exclusiva do Sistema Unico de Saúde – SUS e o atendimento se dá de forma universalizada e igualitária.

De acordo com o Regimento Interno, o hospital é dirigido pela administração Superior e Administração Setorial. A administração superior compreende o diretor geral, o vice-diretor e o conselho diretor (diretores de medicina, enfermagem, administração e apoio assistencial). A administração setorial compreende cada diretor de área com suas respectivas chefias. Quanto a classificação, o hospital é classificado como geral e de grande porte. Foi projetado com capacidade para atender 350 (trezentos e cinquenta) internações nas diversas especialidades (SALLES, 2004).

O HU possui vários setores de serviços classificados da seguinte forma: Setores de atividades-fim (relacionados diretamente com as atividades de assistência); setores de atividades-meio (setores de apoio a assistência); e setores administrativos (destinados as atividades administrativas, de conservação e segurança).

A política de seleção e contratação de pessoal é determinada pelo Governo Federal por concurso público. Buscando contornar os problemas de pessoal existentes, devido as restrições impostas pelo Governo Federal com relação a contratação de pessoal permanente o hospital recorre de forma provisória a outras formas de contratação temporárias, neste caso a Fundação de Amparo a Pesquisa Universitária (FAPEU) contrata o pessoal regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e também o hospital conta com os serviços terceirizados. Esta última modalidade contratual atende exclusivamente aos serviços de lavanderia, vigilância e limpeza, e parcialmente ao serviço de nutrição e dietética. Além desse pessoal, o hospital conta com a força de trabalho de residentes e bolsistas (SALLES, 2004).

4.2 Implementação da Política Nacional de Humanização - PNH no HU

A implantação de ações voltadas à humanização no atendimento no HU iniciou desde o ano de 1998, quando um grupo de profissionais do hospital elaborou um projeto com assuntos voltados para o parto humanizado solicitando a permissão da presença de um acompanhante durante sua realização, que foi aprovada em nível estadual (HU, 2008).

Desde a implantação e funcionamento da Maternidade no HU já se falava em atenção humanizada e muitos dos serviços prestados na unidade já eram reconhecidos pelos usuários como sendo humanizados. Mas apenas em 2005 a “Lei do Acompanhamento” foi aprovada na esfera federal. A idéia do parto humanizado evoluiu também para a criação do Grupo de Casais Grávidos ou Gestantes, para o estímulo ao resgate do parto natural e para a adoção de medidas como o método Mãe Canguru, para assistir os recém-nascidos de baixo peso, que necessitam de cuidados

especiais. A criança é colocada junto ao corpo da mãe e dela recebe o calor suficiente para se manter aquecida. O método tem permitido a alta precoce em unidades de UTI neonatais e até a alta hospitalar. O HU, pela qualidade no trabalho desenvolvido e pela assistência humanizada, conquistou também o reconhecimento de “Hospital Amigo da Criança” (HU, 2008).

Nos registros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a primeira fase de difusão do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar realizou-se em junho de 2001, junto a 96 hospitais da rede pública de saúde, fazendo parte do Projeto Piloto, dos quais três localizavam-se no Estado de Santa Catarina: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis); Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis) e Hospital Regional Lenoir V. Ferreira (Chapecó) e logo após o Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, que também foi inserido no projeto piloto.

4.3 O percurso da Comissão de Humanização no HU para constituir-se como grupo

Para a participação nas capacitações de disseminação da Política Nacional de Humanização - PNH que foram realizadas em Brasília pelo Ministério da Saúde, em 2001, dois profissionais do HU representando a diretoria do hospital, formaram a equipe de disseminadores do programa no Estado de Santa Catarina. Porém, as reuniões e discussões sobre a implementação do Programa e da PNH no HU não foram, até o ano de 2005, formalizadas em atas ou mesmo registradas oficialmente. Para dar início à instalação de um Grupo de Trabalho de Humanização designado Comissão de Humanização, foi enviado um convite e uma comunicação formal a todos os responsáveis pelos setores do HU, para que pudessem designar algum representante para compor o grupo. Em 23 de fevereiro de 2005, o diretor geral do referido Hospital aprova uma portaria N°11/DG-HU/2005 (ANEXO C) que designa 8 (oito) membros, funcionários do hospital, para comporem a Comissão de Humanização a fim de continuarem os trabalhos iniciados já em 1998 mas que ainda não foram devidamente formalizados. Os membros, que na maioria ocupam cargos de chefia, foram convidados e não ordenados a fazerem parte do grupo, e estes não recebem gratificações extras para desenvolverem essas funções. Neste mesmo dia já ocorreu a primeira reunião oficial da Comissão de Humanização a qual foi formalizada com uma ata descritiva sobre os assuntos discutidos pelo grupo. Nessa reunião os presentes foram informados sobre a existência da Política Nacional de Humanização – PNH, a finalidade, os objetivos da política e também foram orientados pela diretoria a construir mapa de iniciativas, planos iniciais de ação em Humanização e a definir uma

coordenação para os trabalhos. Outro documento que também foi elaborado para a regulamentação da Comissão de Humanização, o regimento interno do grupo (ANEXO D), baseado nas diretrizes da PNH e também na cartilha do Grupo de Trabalho de Humanização da PNH (BRASIL, 2006). Foi estabelecido também um cronograma de reuniões que aconteceriam quinzenalmente, e também delimitados alguns compromissos para os próximos meses. Este evento foi considerado pelos participantes da reunião e também pela diretoria do hospital protagonista rumo à a continuidade da implementação da PNH no HU. Aos poucos, algumas características dos encontros foram se transformando: a fala, que inicialmente tinha um tom predominante de queixas, denúncias, insatisfações de muitas naturezas, deu lugar à recuperação de idéias e projetos antigos. Muitos haviam dado certo ou eram reconhecidos como sendo importantes para usuários e trabalhadores, mas, que por algum motivo, haviam sido paralisados.

A Comissão de Humanização desde a sua formação em 2005, passava por uma fase de análise da instituição e da elaboração das ações humanizadoras, aliada à produção de novas idéias e projetos, além da recuperação de projetos anteriores considerados humanizadores e a execução de algumas atividades. Mas nunca teve um plano de trabalho definido e delimitado formalmente. Ao longo dos meses e dos anos da existência do grupo, algumas pessoas se mantiveram em um núcleo mais persistente, e outros foram mudando: alguns novos chegavam, participavam de alguns encontros e depois não continuavam. E também alguns membros do grupo formalmente faziam parte, porém não compareciam em algumas reuniões por motivos diversos, que muitas vezes estavam atrelados a falta de tempo mediante a uma série de funções realizadas. Em outubro de 2008, a diretoria geral do HU no uso de suas atribuições e considerando a importância de dar continuidade aos trabalhos iniciados pelo primeiro grupo da Comissão resolve em uma nova portaria, designar novos membros que já foram mencionados, para comporem o grupo. Essa resolução foi acatada com a eleição da nova diretoria do HU e da revogação das outras portarias devido a desistência de alguns membros.

Muitos membros foram desestimulados por falta de incentivo da continuação do grupo e ausência de alguns integrantes, também por não se ter um plano de trabalho definido. E também porque muitas das resoluções tomadas em reunião não eram colocadas em prática pelo acúmulo de atribuições dos membros da comissão e a grande carga de trabalho de suas funções decorrentes do cargo ocupado na instituição. Na descrição dos processos metodológicos foi delimitado que as entrevistas fossem realizadas a partir de outubro de 2008 até o término da pesquisa de campo, sendo assim, estas foram aplicadas ao novo grupo designado, em 13 de outubro de 2008 delimitados em

portaria oficial, composto também por 8 (oito) integrantes, sendo a pesquisadora participante também da Comissão de Humanização.

4.4 Conhecimento da Comissão de Humanização sobre a PNH sob a visão hermenêutica

Na pesquisa realizada com o grupo da Comissão de Humanização foi possível realizar a análise utilizando o referencial da hermenêutica profunda de Thompson (2007) que se constitui de: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva, interpretação e re-interpretção. O primeiro passo, segundo o autor, para analisar a partir do referencial da hermenêutica é investigar o lugar que cada sujeito da pesquisa teve ou tem com o tema estudado, que pode influenciar na construção do sentido. Pois, os seres humanos são parte da história e não apenas seus observadores.

Ao analisar esta etapa da pesquisa e os participantes como parte da história é preciso considerar todos os fatores condicionantes para a construção dos sentidos e das respostas para a problemática do estudo. A maioria dos membros da comissão, já são funcionários do HU há muitos anos e é relatado em suas falas e também se percebe em suas emoções que a humanização já faz parte de seus pensamentos e de suas ações, desde o início de suas atividades na referida instituição, bem como também na filosofia de vida de cada um.

Os assuntos que eram discutidos tanto nas reuniões formais quanto nas conversas informais, que ocorreram durante a pesquisa de campo, pode-se notar que os membros da comissão ao mencionar assuntos referentes a humanização em seu local de trabalho eram muitas vezes criticados pelos outros funcionários, e geravam certa aversão a certas iniciativas humanizadoras. Muitas vezes as tentativas de implementação de algumas ações eram interpretadas por alguns dos trabalhadores de saúde como uma sobrecarga de atribuições e eram consideradas desnecessárias em certos momentos. Essas atitudes faziam com que os membros da comissão se sentissem desmotivados em disseminar certas ações e isso muitas vezes refletia negativamente na determinação das responsabilidades e na continuação de certas atividades.

O segundo passo, de acordo com Thompson (2007), refere-se a realização da análise formal ou discursiva que compreende a análise semiótica, sintática, narrativa, argumentativa e conversação. A análise semiótica parte da análise discursiva e vai procurar o que representa cada conceito para cada entrevistado. Já a análise sintática, segundo Remor¹ coincide com análise

¹ REMOR, Carlos Augusto Monguilhott. Professor do Curso de Pós-Graduação do EGC. Comunicação Verbal, 2007

retórica. As figuras da retórica coincidem em certa medida com as estruturas sintáticas. É o discurso do cotidiano, o coloquial.

A análise narrativa pode ser considerada, falando de maneira geral, segundo Thompson (2007) um discurso que narra uma seqüência de acontecimentos e a análise argumentativa mostra os padrões dedutivos que o sujeito costuma usar no seu discurso, dos aspectos sugeridos, mas não ditos expressamente. Já a análise de conversação, segundo o mesmo autor, refere-se ao princípio metodológico-chave da conversação que é estudar instâncias da interação lingüística. Prestar atenção na maneira como elas são organizadas e nas situações concretas em que elas ocorrem, de modo a realçar algumas das características estruturais da interação lingüística.

Já o terceiro passo é a interpretação/re-interpretação. A descrição das falas do entrevistado é uma interpretação do próprio entrevistado, seguindo a uma interpretação deste.

Ainda segundo Thompson (2007), a interpretação implica um movimento novo de pensamento, procede por síntese, por construção criativa de possíveis significados.

No referencial da hermenêutica de profundidade o processo de interpretação pode ser mediado pelos métodos da análise sócio-histórica, como também pelos métodos da análise formal ou discursiva.

Ao analisar a Comissão de Humanização, referente a temática do estudo, utilizando as tipologias de análise, pôde-se observar que muitas delas são similares e que podem ser percebidas pela compreensão das anotações, falas, emoções e ações dos pesquisados. Portanto, considerando a seqüência do roteiro que foi utilizado para a realização das entrevistas sob a visão hermenêutica foi possível observar que, os conceitos referentes ao tema da pesquisa estavam um pouco difusos, sendo que para cada entrevistado a humanização tinha um significado ou conceito diferenciado.

Ao se avaliar o conhecimento do grupo sobre a PNH foi possível perceber que a maioria dos entrevistados não a conheciam e também não sabiam da existência de um documento-base e das cartilhas que sistematizam e descrevem toda a política, tornando-a pública. Portanto, após essa observação a pesquisadora e também participante fez uma apresentação oral do documento-base ao grupo, informando também a existência do regimento para a formação do grupo de trabalho de humanização.

Neste momento foi observado que a grande maioria dos entrevistados desconheciam também o protagonismo da Comissão de Humanização no processo de implementação da PNH na instituição.

A coordenadora dos trabalhos fez uma observação muito importante ao grupo, da obrigatoriedade da constituição de uma Comissão de Humanização no HU e o não cumprimento desta repercutiu sob forma de penalidade à instituição, aplicada pela fiscalização por parte do Governo Federal. Ao analisar sob a visão hermenêutica, cabe mencionar que os membros que disseram ter informações sobre a constituição da PNH estão inseridos em atividades acadêmicas ou são docentes da UFSC na área da saúde.

Além disso, a confiança que vai sendo paulatinamente construída em seu interior possibilita que as pessoas falem de si mesma, do trabalho e das relações cotidianas de uma outra forma menos formal. O grau de aprofundamento de análise da realidade também era estimulado pela ação de pessoas convidadas em algumas reuniões e também pela distribuição, pela pesquisadora, do texto referente ao documento-base da PNH a fim de ampliar o conhecimento sobre questões em debate no grupo.

É considerada pelo grupo que a PNH, como política pública, traz no seu bojo a viabilidade de alteração dos processos de gestão como forma de aperfeiçoar a atenção em saúde. Contudo, a forte inclinação à estabilidade e às formas instituídas de adaptação ao trabalho são características inerentes aos seres humanos. A mudança se constitui em um agravante que demanda uma revisão na forma de pensamento, ação, comunicação, inter-relacionamento e criação de sentidos para a própria vida e algo que pode ser percebido como favorável, ou pode se tornar uma ameaça. Não basta uma receita de programação, segui-la é um processo muito complicado, especialmente em organizações de saúde.

Benevides e Passos (2005b) defendem que alterações da experiência coletiva são insumos para o delineamento de políticas públicas. A apropriação dessas práticas inovadoras pode ser muito oportuna no sentido de aguçar a criatividade de outros atores instigando-os a criar novos 'modos de fazer' em saúde.

Os enunciados dos integrantes do grupo revelaram incerteza quanto aos assuntos referentes a humanização na instituição e o conhecimento quanto à PNH. Esta consideração foi revelada pelo tom da fala, a gestualidade, a dificuldade de construção das frases, as pausas para pensar e, em alguns casos, um sentimento de apreensão quanto aos questionamentos. Essa reação pode ser explicada pelo fato de a maioria dos membros do grupo terem recentemente sido nomeados representantes da Comissão de Humanização bem como, poucas informações foram repassadas para o grupo, referentes ao trabalho realizado anteriormente a esta gestão.

Portanto, durante a pesquisa de campo houve poucas reuniões formais com os novos integrantes, e algumas delas tiveram de ser adiadas devido aos compromissos e atribuições dos membros do grupo no dia e horário estabelecido às reuniões. Devido a estes empecilhos o grupo e as atribuições ficaram um pouco.

Outro fator preponderante na interpretação dos resultados da pesquisa é que, muitas vezes, a PNH é entendida como sendo apenas beneficiária aos usuários da instituição, mas ao contrário disto ela beneficia muito também os trabalhadores das organizações de saúde pública, benefícios que podem ser percebidos nas diretrizes da PNH. Notou-se em muitas ocasiões durante a observação com os trabalhadores de saúde que a percepção de muitos deles é que a humanização acarreta mais trabalho, sem o devido reconhecimento financeiro. Porém, os membros da comissão compreendem que as ações humanizadoras devem ser consideradas com muita responsabilidade e que devem ser trabalhadas gradativamente para que estas não interfiram de forma negativa na rotina dos trabalhadores da instituição, mas sim objetivando trazer alegria e motivação ao dia-a-dia.

4.4.1 Propostas do grupo para a divulgação da PNH no HU e à população

Como a pesquisa é participante, foram analisados pelo grupo alguns fatores referentes ao conhecimento dos trabalhadores de saúde e usuários da PNH, e algumas decisões importantes foram tomadas por consenso nas reuniões realizadas durante a coleta de dados. Como atividade para os próximos meses de 2009, foi discutido a possibilidade de se viabilizar painéis explicativos sobre a PNH, explicitando as ações humanizadoras que foram e que estão sendo desenvolvidas no hospital. Estes painéis, cada um com diferentes informações sobre a PNH, farão um rodízio entre os setores do HU. Eles permanecerão um determinado tempo em cada local para que tanto os trabalhadores de saúde quanto os usuários do hospital possam ter a possibilidade de conhecer a PNH, bem como todas as ações humanizadoras proferidas pelo hospital.

Alguns encontros foram necessários para construir os objetivos, esclarecer e debater o modo de se trabalhar no grupo, bem como discutir os critérios para a participação, de forma a não causar desassistência em nenhum setor. Com estas novas propostas o fator desconhecimento da PNH será reduzido entre os trabalhadores de saúde e usuários do HU, pois estas informações estarão disponíveis em todos os locais do referido hospital e ajudarão na disseminação das informações. E espera-se que, com as informações expostas nos painéis possa atingir o maior número de pessoas a fim de sensibilizá-las a proceder mais humanizadamente em suas funções.

Outra proposta relevante para a divulgação da humanização, discutida no grupo para os próximos meses de 2009 é a de melhorar a qualidade das informações no *site* da Comissão de Humanização do HU, muitas delas estão defasadas e não explicitam de forma motivacional as ações humanizadoras do referido hospital. Portanto, um dos objetivos é levar de forma criativa aos olhos dos usuários e trabalhadores de saúde, bem como a toda população que tem acesso a internet, que a humanização existe e que faz parte cada vez mais da atenção à saúde dos usuários do HU e do SUS.

Outro fator relevante para que as atividades humanizadoras possam ser melhor desenvolvidas é a elaboração e adequação de um plano de ação para o grupo de trabalho de humanização, desta forma as ações poderão ser melhor organizadas e distribuídas igualmente a todos os membros da comissão.

4.5 Diretrizes e dispositivos da PNH implantados no HU.

As diretrizes dão suporte aos dispositivos que são entendidos como ‘tecnologias’ ou os ‘modos de fazer’ da PNH. Embora o HU tenha dado início ao processo de implementação desta política, ainda existem poucos dos dispositivos implementados e também alguns deles ainda estão em fase inicial e implantação.

4.5.1 Acolhimento com Classificação de Risco

Acolhimento com Classificação de Risco prioriza o atendimento aos pacientes em situação de emergência e urgência. Este dispositivo está implantado no HU, porém, ainda faltam algumas metas que devem ser cumpridas de acordo com a PNH. Ao chegar à recepção da emergência o usuário é atendido de acordo com a gravidade de sua doença. Os pacientes são inicialmente ‘acolhidos’ por enfermeiros, que aplicam um questionário para saber as causas da procura e verificam a pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, temperatura, oxigenação e dosagem de glicose. Eles são classificados em quatro categorias, hierarquizando o atendimento. Aqueles que apresentam um quadro com sinais de emergência receberão a identificação vermelha, sendo imediatamente encaminhados para atendimento; os casos de urgência, identificados pela cor amarela, terão atendimento em, no máximo, uma hora. Casos menos graves (cor verde) serão atendidos num prazo de aproximadamente duas horas.

Os pacientes cujo atendimento for caracterizado como estritamente ambulatorial serão classificados como azuis e orientados por assistentes sociais a procurar o Centro de Especialidades Médicas (CEM) para atendimento ambulatorial. Não haverá encaminhamento direto para médico do CEM; a pessoa terá de marcar consulta, como é a sistemática de atendimento nos ambulatórios.

4.5.2 Projeto de construção coletiva de ambiência

Existem muitos projetos que foram desenvolvidos no HU e que têm relação com a ambiência, mas os mencionados são os que a Comissão de Humanização têm conhecimento e, principalmente, que foram discutidos nas reuniões durante a coleta dos dados.

No ano de 2006 foi realizada uma parceria entre o HU e a Associação Florianopolitana de deficientes físicos (AFLODEF), sendo elaborado por um engenheiro, que também é portador de necessidades especiais, da AFLODEF, um relatório sobre a acessibilidade do andar térreo do HU.

Após o recebimento deste relatório pela diretoria do HU foram realizadas estas adaptações no andar térreo, como por exemplo, rampas nos principais acessos do hospital construídas para melhorar o acesso, banheiros adaptados para que portadores de necessidades especiais pudessem utilizá-los sem maiores problemas e impedimentos. Porém, ainda faltam os outros andares do hospital. O restante das adaptações foram discutidas em reuniões durante a coleta dos dados porém, até o término da pesquisa ainda não se tinha previsão de continuidade das obras.

Com relação a ambiência do hospital é a Associação Amigos do HU (AAHU) quem mais contribui para a efetivação de várias obras e ações desenvolvidas no hospital. Portanto, podem ser citadas algumas delas que foram discutidas e acompanhadas pela Comissão de Humanização:

- 1) 100 (cem) cadeiras-cama reclináveis para acompanhantes;



Figura 2: Cadeiras-cama reclináveis
Fonte: Da autora

2) Compra de novos colchões para o HU;



Figura 3: Colchões

Fonte: Da autora

3) Reforma e Ampliação da Emergência: conclusão em 30 de julho 2007;



Figura 4: Emergência do HU

Fonte: Da autora

4) Renovação dos pijamas proporcionando melhor conforto e bem-estar aos pacientes;



Figura 5: Pijamas

Fonte: Da autora

5) Todos os quartos equipados com aparelhos de TV. Assim não haverá mais necessidade dos usuarios trazerem os próprios aparelhos;



Figura 6: Televisores nos quartos
Fonte: Da autora

6) Reforma e Ampliação da reforma pediátrica do HU;



Figura 7: Ala Pediátrica do HU
Fonte: Da autora

7) Instalação em cada quarto de biombos que proporcionam aos internados mais privacidade.



Figura 8: Biombos
Fonte: Da autora

Além das atividades realizadas pela AAHU, e quem tem relação com a ambiência, também existe a sala de leitura que oferece aos usuários internados um acervo com mais de 3 mil obras de vários gêneros; computadores com acesso a internet; promoção de atividades artísticas e culturais. Aos usuários externos são disponibilizados portas-revista com revistas, gibis, entre outros, em todos os locais de espera para consultas e/ou exames. Aos trabalhadores de saúde é disponibilizado o jornal do dia e empréstimos de livros e revistas.

4.5.3 Ações humanizadoras do HU aos usuários do SUS

As ações presentes voltadas aos usuários do HU são de extrema importância, pois fazem referência a continuidade das diretrizes e dispositivos da PNH. Estas ações foram discutidas e atualizadas durante a coleta dos dados e nas entrevistas realizadas ao grupo:

1. Associação de voluntários - AAHU que realizam e realizaram inúmeras ações no referido hospital e que tem se dedicado exclusivamente às atividades humanizadoras, sem a associação muitas das ações não estariam presentes no hospital.
2. Atividades recreativas tanto aos usuários adultos como também às crianças. O grupo Reaja que são jovens voluntários que se propõem a desenvolver atividades lúdicas com os usuários do HU. Todos se caracterizam de 'doutores da alegria' e levam aos usuários e trabalhadores de saúde as canções que eles mesmos compõem.
3. Hospital Amigo da Criança: foi nomeado desta forma por apresentar diversas ações humanizadoras às crianças usuárias do sistema.
4. Capelania hospitalar: foi construída uma capela ecumênica dentro do hospital a fim de proporcionar maior conforto aos usuários do HU. A AAHU utiliza muito esta capela, pois na Associação existem três grupos que realizam apoio espiritual tais como: o grupo católico, evangélico e o espírita. Estes realizam visitas aos usuários no HU e também atividades religiosas e espirituais no referido local.
5. Grupos de acolhimento – orientações e esclarecimentos sobre normas, rotinas e cuidados com os pacientes para acompanhantes e familiares.
6. Horários de visitas ampliados aos pacientes internados – das 11:00 às 19:00 hrs.
7. Direito ao acompanhante para todos; crianças, adolescentes e idosos – cumprindo o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal no 8.069 de 13/07/1999 e a Lei

Federal no 10.741 de 01/10/2003 e adultos assegurado pela Lei Estadual nº 013324 de 20/01/2005.

8. Orientação no pré-operatório – trabalho realizado pelos Enfermeiros das Unidades com o objetivo de orientar e esclarecer todo o processo cirúrgico.
9. Grupo de Idosos – NIPEG Núcleo Interdisciplinar de pesquisa, ensino e assistência Geronto-geriátrica – assistência multidisciplinar e Cuidadores de Alzheimer.
10. Grupo de Memória e Terceira Idade: profissionais que realizam a assistência especializada a estes grupos.
11. Grupo de Cuidados de Pessoas com Feridas: profissionais especializados como médicos e enfermeiros para o cuidado especializado a estes grupos.
12. Programa Mãe Canguru: programa que possibilita que os bebês recém-nascidos possam ficar com a mãe desde os primeiros instantes após o nascimento.
13. Programa Alojamento Conjunto: possibilita que os bebês fiquem internados junto às mães ao lado do leito para que ambos recebam cuidados profissionais no mesmo local e a mãe possa amamentar quando houver necessidade. Isso pode ser considerado umas das ações mais importantes, que tem relação direta com a humanização do cuidado.
14. Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno – CIAM: incentiva-se que a mãe amamente o seu bebê desde as primeiras horas após o nascimento. Pois a amamentação previne várias doenças dos bebês e ajuda no fortalecimento do sistema imunológico.
15. Cartório para registro de nascimento: no próprio hospital existe um local ao qual se pode registrar o bebê sem problemas de deslocamento.
16. Atividades recreativas para os pacientes, como: bingo, festas temáticas, coral, estas atividades são realizadas por estudantes voluntários, estagiários e também pela AAHU.
17. Orientação nutricional para dietas especiais: profissionais da área de nutrição realizam a orientação nutricional personalizada e adequada para cada usuário.
18. Atividades educativas em sala de espera dos ambulatórios: grupo multidisciplinar realiza atividades educativas e produtivas para cada usuário sendo eles crianças ou adultos.
19. Suporte assistencial a famílias com necessidades imediatas: a assistência social do hospital presta cuidados personalizados para todos os usuários do sistema, pois existem acompanhantes que não trazem nenhum objeto de higiene pessoal e roupas e, portanto, estes precisam do mínimo para a sua permanência no local. Além disso, a assistência social, em parceria com a AAHU, fornece cesta básica aos usuários necessitados.

20. Entrega dos resultados dos exames de HIV com supervisão médica: todos os exames de sigilo absoluto são entregues em mãos aos pacientes, pois assim é dada uma orientação especializada caso necessite de maiores cuidados. Geralmente esses resultados não são revelados na véspera de finais de semana pois o risco de suicídio, segundo pesquisas realizadas, é muito elevado.
21. NUPAIVA – Núcleo de Pesquisa em Asma: para que usuários do sistema tenham a devida assistência personalizada sobre casos de asma e bronquite existe um grupo multidisciplinar que realiza pesquisas referentes ao caso e trabalham em campanhas de prevenção da doença.
22. Grupo de Trabalho Casais Grávidos: são oferecidos cursos de algumas horas para casais que estejam ‘grávidos’ ou seja ao pai e a mãe que necessitam de informações referentes ao assunto. Este curso é realizado no próprio hospital e é gratuito.
23. Grupo Desenvolver – atendimento à crianças de 07 (sete) a 14 (quatorze) anos matriculadas na rede regular de ensino, que estejam apresentando problemas na aprendizagem, beneficia mais de 50 (cinquenta) crianças da rede pública escolar. Convênio com a Fundação Catarinense de Educação Especial, que passou a ceder profissionais das áreas de Fonoaudiologia, Educação Física, Serviço Social e Psicologia. Os serviços prestados são: Avaliação para diagnóstico nas seguintes áreas: medicina, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, educação física e serviço social. Orientação a pais e profissionais da educação e saúde; Atendimento específico individual ou em grupos; Seminários, cursos e palestras.
24. LAB/Med – Laboratório de Telemedicina – Desenvolver e disseminar tecnologias para tornar a medicina de ponta acessível à todos e em todos os lugares.
25. Comissão de atendimento a criança vítima de maus tratos: existe uma equipe multidisciplinar para atender a crianças vitimizadas e também aos pais ou responsáveis pelas crianças.
26. Sala de Leitura: local específico e reservado com acervo bibliográfico a disposição dos usuários e também dos trabalhadores de saúde do HU. Também são realizadas visitas aos leitos dos usuários para verificar, caso este não conheça o local ou que o paciente não possa sair do leito, para que possa escolher as obras de sua preferência. Esta visitação é realizada por estagiários portando um carrinho com alguns exemplares.

27. CIT – Centro de Informações Toxicológicas. Fornece informações em caso de intoxicações e envenenamentos, auxiliando no diagnóstico e tratamento de emergência.
28. Programa de Acompanhamento a Adolescentes que cumprem penas de prestação de medidas sócio-educativas.
29. Acolhimento do Serviço Social realizado por meio do Plantão Social a todos os usuários do HU.
30. Teste da Orelhinha para recém-nascidos em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: possibilitando a assistência adequada à exames obrigatórios nos recém-nascidos.
31. Centro de referência em cirurgia bariátrica para atendimento de pessoas com obesidade mórbidas.
32. Programa de atendimento odontológico para crianças portadoras de necessidades especiais.
33. Centro de Referência em Saúde Auditiva: que realiza tratamentos e prevenção de doenças no sistema auditivo dos usuários do SUS;
34. Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos: está sendo discutido novas propostas referentes a esses assuntos.
35. Adequação do espaço físico de entrega do corpo para a família.
36. Projeto de Pesquisa Internacional de Prevenção do HPV ,com a utilização de vacina anti HPV.
37. Centro de referência a portadores de hanseníase.
38. Coleta especial de material biológico (sangue, urina, fezes) à usuários portadores de necessidades especiais e também às pessoas em regime de reclusão: estes materiais são coletados no local que os usuários estiverem localizados.
39. Grupo de acolhimento específico nas clínicas do HU.

Algumas sugestões de ações humanizadoras foram discutidas nas reuniões para que sejam adotadas no ano de 2009, como:

1. Acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, em domicílio, de usuários que utilizam sonda e que necessitem de alimentação parenteral.

2. Questionário de avaliação disponibilizado aos usuários sobre a assistência prestada no hospital bem como tudo que esteja relacionado com a verificação da opinião dos usuários referente a humanização.
3. Dar início ao projeto de identidade visual no hospital que foi iniciado e explicitado em algumas reuniões.
4. Readaptar o manual de orientação aos usuários do HU de acordo com as novas regras de acesso, identificação e de horários do hospital;
5. Elaborar um plano de trabalho para a Comissão de Humanização que facilite o cumprimento das ações humanizadoras no HU.
6. Atualizar as informações do *site* do HU e aumentar a interatividade entre os usuários do sistema.

4.5.4 Ações humanizadoras voltadas ao trabalhadores de saúde do HU

As ações que estão presentes no HU voltadas para os trabalhadores de saúde que demonstram não só a preocupação com os usuários, mas sim com os seus trabalhadores também, são de extrema importância, pois fazem referência a continuidade das diretrizes e dispositivos da PNH. As ações foram discutidas e atualizadas durante a coleta dos dados e nas entrevistas realizadas ao grupo:

1. Programa de Orientação Introdutória para Trabalhadores da Enfermagem, que visa fazer a socialização do recém-admitido: é passado para o trabalhador um vídeo institucional da área bem como da atuação do serviço de enfermagem no HU.
2. Programas de Capacitação e de Atualização de Nível Médio/Superior: é incentivado entre os trabalhadores da saúde a sua capacitação e reciclagem profissional.
3. Programa de Remanejamento Interno da Diretoria de Enfermagem para favorecer a escolha do posto de trabalho: este programa apenas está em funcionamento para a área de enfermagem.
4. Programa de Desenvolvimento de Equipes: para integração e fortalecimento da unidade grupal são realizadas dinâmicas de desenvolvimento e integração às equipes das unidades, porém apenas está em funcionamento para a equipe de enfermagem.

5. Programa de Desenvolvimento Interpessoal – desenvolvimento da competência interpessoal: está em funcionamento para a área de enfermagem.
6. Programa de Revitalização – sensibilização corporal para mobilizar energia: são disponibilizadas terapias alternativas para os trabalhadores da área da enfermagem.
7. Programa de Cirurgia Plástica: Cirurgia Estética Programada (face, nariz, abdômem, mama, lipoaspiração e outras): trabalhadores que desejam realizar este tipo de cirurgia poderão se alistar.
8. Programa Amanhecer – visa cuidar de quem cuida, oferecendo terapias alternativas (terapias corporais, reiki, florais, cromoterapia, massoterapia entre outras): Criado pela professora Beatriz Beduschi Capella em 1996, inicialmente desenvolvido junto aos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário, e atualmente estendido a toda a comunidade acadêmica da UFSC, o projeto vem tentando despertar um olhar dos trabalhadores para o seu interior, que buscam viver e trabalhar melhor. Desta forma, a partir de agosto de 1996, vem sendo implementado um trabalho voluntário de terapeutas sistêmicos, com o objetivo de desenvolver atividades para a manutenção da saúde da comunidade universitária e trabalhadores do HU, visando diminuir o desgaste físico, mental, emocional e espiritual a que estão submetidos no seu cotidiano. No ano de 2004, para fortalecer o Projeto, assume a coordenação Gilvana Pieres Fortkamp. Dentre os objetivos da nova coordenação, busca-se desenvolver programas de prevenção, reabilitação e pesquisa no campo das terapias integrativas complementares e saúde do trabalhador, além de criar um centro de referência na verdadeira integração ensino/serviço e articulação teoria/prática. O Projeto Amanhecer está integrado com a UFSC, estabelecendo parcerias intersetoriais, acompanhado e moldando-se às políticas públicas de saúde buscando a qualidade na atenção e o trabalho multiprofissional em saúde.
9. Organização de eventos comemorativos em datas especiais, ornamentação das festas temáticas como natal, páscoa, dia das crianças, São João, palestras, exposições. Muitas dessas festas são desenvolvidas e organizadas pela AAHU.
10. Organização de eleições para cargos de Direção e Chefias.
11. Mural Informativo em todos os setores: são disponibilizadas algumas informações nos murais em todas as clínicas, sendo que em algumas delas existem bilhetes e cartas de elogios dos usuários aos trabalhadores do HU.

12. Coral de trabalhadores da saúde: coral que faz apresentações em datas comemorativas no HU.
13. Creche e pré-escola para filhos dos trabalhadores de saúde: todos os funcionários do HU têm a possibilidade de matricular seus filhos na creche que fica ao lado do HU.
14. Educação continuada para todos os trabalhadores de saúde do HU.
15. SASC – Serviço de Atenção a Saúde da Comunidade Universitária: toda a comunidade acadêmica e professores da UFSC bem como também todos os trabalhadores de saúde do HU têm a possibilidade de serem consultados no hospital e existe um setor específico para a marcação de consultas de várias especialidades. O tempo de espera para o atendimento é pequeno e geralmente clínico geral e ginecologista é marcado para o dia seguinte ou para a mesma semana.
16. Sala de leitura, com acervo bibliográfico a disposição para todos os trabalhadores de saúde do HU

4.6 Dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto a adequação à PNH

Foram apontadas, durante a observação participante e o desenvolvimento das entrevistas, ações que o HU desenvolve a fim de tornar o hospital o mais humanizado possível, porém ainda não está de acordo com as diretrizes e parâmetros estipulados pela PNH. Falhas no grupo foram apontadas durante o desenvolvimento do texto, porém, além destas também existem dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto a adequação à PNH que devem ser relevadas e consideradas de extrema importância para a pesquisa.

Vários elementos foram indicados como impeditores da consecução dos resultados que se pretende obter com esta política. A fim de evitar que a densidade do material empírico desviasse o foco do estudo optou-se por relacionar esses aspectos a algumas das temáticas referidas como resultados esperados pela PNH, utilizando-se da hermenêutica para a interpretação dos resultados. Foram considerados obstaculizadores à implementação da PNH no HU os traços da cultura organizacional das instituições hospitalares – entre eles a resistência à mudanças, modelos de gestão tecnoburocrático, e precariedade na comunicação intrainstitucional.

Mas, nos discursos analisados e interpretados durante a coleta dos dados muitos trabalhadores de saúde e também integrantes da Comissão de Humanização consideram a gestão do hospital como participativa. Também pode ser considerada uma barreira a falta de capacitação da Comissão de

Humanização quanto as normas e diretrizes que estão descritas no documento-base da política. Este fator faz com que a Comissão tenha muitas dificuldades em elaborar e cumprir todos os moldes estabelecidos pela PNH sendo que o grupo se sente confuso em desenvolver certas atividades no HU.

Além disto, as dificuldades de operar em equipe o trabalho na saúde foi relacionada como entrave à implementação da PNH no HU. O compartilhamento de informações, falta de tempo e sobrecarga de cada trabalhador em suas atribuições são consideradas também como dificuldades para muitos do grupo. Pôde-se perceber que até existe a boa vontade para a disseminação de atividades humanizadoras no referido hospital, porém, ainda faltam mais integralidade e dedicação do grupo quanto a adequação à PNH. É mister ressaltar que o trabalho na área da saúde especialmente em hospitais é muito desgastante, pois se trata na maioria dos casos de enfermidades e que acabam afetando emocionalmente cada trabalhador. O assunto sobre o desgaste emocional e a sobrecarga de trabalho em suas atribuições, pela função exercida no HU, é um assunto muito discutido nas reuniões da Comissão de Humanização e que são consideradas como entraves para disseminar a humanização nos grupos de trabalho.

Outro fator que foi considerado uma barreira é a cultura organizacional predominante no hospital e esta muitas vezes faz com que as ações não sejam desenvolvidas. Como a cultura de uma pessoa também influencia muito do desenvolvimento de certas ações, a cultura organizacional também é um fator que interfere na aceitação e na disseminação da política. A reflexão sobre cultura organizacional alcançou posição de destaque em razão de sua conexão com a incerteza ou dificuldade inerentes aos planos social, cultural, organizacional e individual. As organizações não podem considerar as vontades individuais de seus integrantes, pois elas envolvem elementos pulsionais ou idéias de mudanças intrincadas para serem geridas (AMADO, 2000). Em consonância com esse autor, explicar a cultura organizacional “pela comunicação interpessoal ou grupal é insuficiente para dar conta do que governa a organização [...], é preciso compreender os mitos, os símbolos, os ritos, as linguagens que integram a sua identidade” (AMADO, 2000 p.107).

A dificuldade de mudança na cultura organizacional se fundamenta em sua característica de possuir grau de persistência em um dado contexto. Das entrevistas efetuadas, tal persistência foi apontada como entrave à implementação da PNH, pois se acredita que muitas das barreiras que a comissão enfrenta estão atreladas aos impedimentos oriundos da direção do referido hospital no desenvolvimento das ações. O que se pôde perceber nos discursos é que o grupo tem certo receio em levar à direção do hospital discussões da comissão, pois não se quer onerar os gastos do hospital

com algumas decisões. No entanto, devido a estes fatores é que muitas discussões do grupo acabam ficando apenas na vontade de se fazer e não são colocadas em prática.

Contudo, mais que ânimo e empenho da comissão, dos trabalhadores e gestores outros fatores devem ser considerados. A instituição hospitalar enfrenta problemas relacionados ao aumento da demanda social, à falta de verbas e gradual escassez quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde. Vale ressaltar que a inexistência de previsão orçamentária para a PNH contribui para a limitação da implementação de diretrizes que não se sustentam apenas com o ânimo e o empenho dos trabalhadores e gestores.

A PNH por si só não consegue se desenvolver, em um determinado ponto esbarra na própria estrutura do hospital, constituindo-se em uma limitação. São enfrentadas algumas dificuldades, de equipamentos, a falta de condições e limitações dos profissionais em dar seguimento as determinadas ações. Portanto, só a política em vigor não resolve, deve haver ações complementares que facilitem a inserção dessa política na instituição.

Citada como um dos empecilhos à divulgação da PNH, a falta de comunicação intrainstitucional é um dos traços da cultura organizacional que podem induzir os trabalhadores e membros da Comissão de Humanização ao desconhecimento de diversos elementos. Pode contribuir não somente ao insucesso da implementação desta política, mas também à impedimentos em todo o processo de trabalho e para a integração dos diferentes atores institucionais.

Segundo Cardoso (2006), é indispensável compreender a ambigüidade que abarca os processos comunicacionais na gestão estratégica das organizações, especialmente em ambientes de incerteza e complexidade. Para este autor, no contexto atual, identificar a comunicação e a informação como elementos estratégicos de gestão é um desafio. A organização deve ser entendida como resultado de um processo dialógico com o meio ambiente.

É necessário pensar na comunicação e na informação como instrumentos de gestão que criam e desenvolvem uma cultura organizacional, na qual todos se sintam envolvidos e, de alguma forma, participante das idéias formadas. A fim de evitar os ‘ruídos’ que possam vir a atrapalhar o processo de transmissão das informações é preciso inserir recursos de controle para maior eficácia comunicacional. Os processos de comunicação propiciam o desenvolvimento de modos mais participativos de inter-relação e, portanto, maior comprometimento, conferindo maior flexibilidade às organizações como suporte de sua contínua transformação. Da mesma forma, possibilita sua interação social de modo responsável (CARDOSO, 2006). Muitos ruídos inerentes ao processo comunicacional da Comissão de Humanização, trabalhadores de saúde e usuários do sistema

acabam gerando barreiras e dificuldades para o grupo. Isso impede muitas vezes a divulgação das atividades e os trabalhadores e usuários nem sabem que existem ações humanizadoras no hospital.

Ao considerar o fator comprometimento dos profissionais de saúde com relação a assistência humanizada à saúde dos usuários, Campos (1997, p. 230) cita que “a alienação, o descompromisso com a cura e a promoção de saúde não são mais exceção à regra e se constituem quase em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde mais geral”. Esse processo provoca transformações na formação dos profissionais da saúde, que cada vez mais está se especializando, bem como utilizando apenas dos recursos tecnológicos para atender os usuários.

Em razão do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico para os tratamentos de saúde, segundo Weinzierl (2004) a singularidade do usuário como as emoções, crenças e valores, ficaram em segundo plano. E a doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente.

Por causa desse desequilíbrio, os profissionais da saúde consideram amiúde uma discussão empática de questões pessoais inteiramente desnecessárias; os usuários do SUS por sua vez tendem a vê-los como indivíduos frios e hostis, queixando-se de que o profissional não atende as preocupações que os afligem. Não se pode, no entanto, generalizar estes modelos de assistência a todos os profissionais da saúde, pois existem vários que visam acima de tudo o lado humano do usuário e em seu atendimento e que praticam a sua arte com uma profunda reverência à sua profissão.

Outro fator apontado como uma barreira pelo grupo analisado foi a dificuldade de construção de equipes multiprofissionais, e eles atribuem isto a falta do papel de conscientização e envolvimento de profissionais de diferentes categorias. Para que isso seja transposto é necessário que exista maior comprometimento dos profissionais e interação com as diversas equipes de saúde.

Outro obstáculo ao trabalho em equipe e conseqüentemente à implementação da PNH no HU relaciona-se à formação dos profissionais de saúde. Argumenta-se também que a formação não deve considerar somente a capacitação para as práticas. É necessário que abranja aspectos de produção de subjetividades, de habilidades técnicas, de pensamento e o apropriado conhecimento, divulgação e comprometimento quanto a PNH do SUS.

A divulgação de uma política tem por objetivo sua ampliação e perpetuidade. Para tanto, é necessário que ela realmente exista. A publicidade sobre o inexistente apenas multiplica o nada e tem como efeito o descrédito e a desesperança (LIMA, 2007). No Brasil, a descontinuidade das políticas públicas é parte da realidade. Apesar de a PNH pretender ser uma Política de Estado, não deve ficar atrelada apenas ao governo que a instituiu.

A PNH deve ser levada a todos os centros de atendimento, clínicas, postos de saúde e hospitais bem como necessita estar presente na rotina de qualquer tipo de organização e disseminada à todos os profissionais envolvidos com a saúde.

A seguir serão expostas as considerações finais que retratam o fechamento da pesquisa e que também expõem algumas recomendações para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 5

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente capítulo encontram-se destacadas as argumentações sobre a validade da pesquisa realizada, bem como uma síntese das contribuições deste trabalho. Esses aspectos são abordados orientando-se pelo processo de construção e desenvolvimento da dissertação, partindo da pergunta de pesquisa. Os demais aspectos abordados referem-se às contribuições teóricas e às perspectivas de continuidade para trabalhos futuros.

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou conhecer melhor o universo do tema, o local e o objeto escolhido para a realização do estudo.

A preocupação com a humanização na prestação de serviços é uma necessidade que deve se tornar um pré-requisito para a qualidade nos serviços em organizações principalmente as da saúde.

Ao desenvolver este estudo foi observado que as atividades de prestação de serviços na saúde estão comprometidas com diversas áreas de atuação dentro desses ambientes. Assim, o trabalho cooperativo envolvendo todos os profissionais deve ser pautado em valores cujo principal objetivo é a integração da humanização na assistência ao usuário do SUS. Essas iniciativas devem ser praticadas todos os dias por pessoas que se propõem a atuar de maneira mais humanizada e solidária, permitindo ao usuário o direito de ser ouvido e atendido em suas necessidades.

A implementação de políticas públicas não representa a mera execução das operações planejadas por seus formuladores. Nenhum documento-base é capaz de dar conta de todas as contingências e aspectos específicos de cada territorialidade. A disponibilidade de recursos pode não ser condizente com as recomendações do projeto.

O SUS ainda está incompleto, falta implantar atividades que melhorem o sistema e dentre elas muitas ações humanizadoras que ainda não estão em execução nos hospitais públicos. O SUS é um sistema que abrange a todos os Estados do Brasil, e existem diferenças culturais e sociais significativas entre um Estado e outro, principalmente em relação aos recursos disponibilizados para cada região, dificultando a integralidade e universalidade deste sistema. Pela complexidade do SUS também é muito difícil conseguir a implantação de todas as diretrizes da PNH. A equipe de referência disseminadora das ações de humanização precisa ser de alto nível e conhecer bem a legislação, como os direitos e deveres do usuários, estrutura do SUS e a PNH. E, em geral, os

hospitais públicos não preparam essas equipes para a execução de suas funções sendo que as pessoas que representam as comissões de humanização são as que estão mais ou menos disponíveis para estas atividades no momento e não recebem o conhecimento e o treinamento necessário para o cargo.

O processo de criação e transmissão de informações e conhecimentos focado neste estudo foi bem amplo para todos os participantes da pesquisa. Os resultados não pretendem esgotar as possibilidades que este tipo de investigação propõe, mas sim apontar algumas questões pertinentes ao estudo de caso institucional em saúde pública.

Essa pesquisa pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade de atenção prestada. Pode significar um novo modelo de gestão para o hospital a fim de resgatar os seus princípios humanizadores, que muitas vezes se perdem com a rotina maçante dos trabalhadores da instituição.

O trabalho adquiriu novas faces, momentos de maior reflexão, alternados com momentos de ações práticas (pesquisas, ações concretas e focalizadas). Assim, foram surgindo propostas para melhorar a qualidade do atendimento, do acolhimento, para diminuir o tempo de espera para a resolução de problemas das áreas de apoio, para aumentar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão e para aumentar o grau de satisfação de trabalhadores e usuários.

Com a realização desta pesquisa foi possível observar que as diretrizes da PNH são pertinentes frente às lacunas que comprometem o funcionamento dos serviços. Contudo, sua exequibilidade aponta para a transposição de inúmeros obstáculos que têm de ser rediscutidos. Não cabe somente estabelecer normas legais para instituir uma política pública baseada em relações interpessoais, é preciso analisar também as reais necessidades de cada instituição, pois a humanização não deve ser generalizada e sim observada particularmente.

As ferramentas utilizadas na metodologia possibilitaram atinar para as contradições existentes no campo e correlacioná-las com as diretrizes e dispositivos da PNH. Uma política pública que pretende permear todo o SUS não pode deixar de considerar segmentos relacionados diretamente com a assistência. Um corpo clínico dotado de competência técnica não é o bastante para o funcionamento de uma organização complexa como um hospital.

Positivamente, as idéias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforça a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde.

Os objetivos do estudo foram alcançados sendo identificadas as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto a adequação à PNH do SUS bem como foram apresentadas as diferentes dimensões da PNH e as principais características da Comissão de Humanização do HU. Portanto, a resposta à pergunta de pesquisa conseqüentemente foi respondida durante a análise e discussão dos resultados.

A busca da resposta à problemática da pesquisa permeou caminhos metodológicos que, ao longo do trabalho, foram se entrelaçando. A PNH é complexa e se buscou identificar ao longo da pesquisa as causas que fazem com que a Comissão de Humanização não tenha mais conhecimento sobre os princípios da política, que foram demonstrados ao longo do texto.

Chegou-se a conclusão que a identidade cultural institucional é indissociável de sua historicidade, é patrimônio, portanto, não pode ser encarada do mesmo modo que um mobiliário, que se descarta quando já não mais atende à sua finalidade. Assim, mudança de cultura institucional para reestruturação de fluxos e rotinas demanda um processo: discussão, conscientização e, sobretudo, acompanhamento responsável.

Foi percebido que existe um conhecimento e percepção da comissão sobre termo ‘humanização’ por ser uma filosofia presente no HU, porém, ainda não está bem desenvolvida e existem muitas lacunas a serem preenchidas ainda para conquistar a integralidade da PNH no referido hospital. As dificuldades e barreiras ainda fazem com que a implementação integral da PNH seja lenta, porém, existe boa vontade da nova gestão da Comissão de Humanização em resgatar valores esquecidos na instituição e também dar continuidade ao processo de disseminação da política a fim de tornar o HU um exemplo de humanização.

No entanto, muito ainda há para ser feito e implementado no HU. A visão conservadora dos profissionais da saúde limitam as ações dentro das organizações, sendo que, muitas vezes isto desestimula iniciativas de práticas humanizadoras. Porém, com a paciência e persistência dos disseminadores da humanização essa situação pode ser modificada.

A humanização não deve ser encarada apenas como um diferencial dentro das empresas, mas sim como uma necessidade de união de todas as pessoas a fim de atingir o bem estar de todos os envolvidos.

Considera-se que a relevância deste tema para o Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento e a contribuição científica ficaram evidenciadas no texto constituindo-se em uma ferramenta de diagnósticos nos caminhos do conhecimento à uma gestão humanizada.

Finalmente, a cada passo alcançado pelo trabalho defrontava-se com o amanhecer de um novo dia que pode ser claro e límpido ou nebuloso e árduo, mas a tarefa deve continuar, pois sempre existirão possibilidades a todos de novos pensamentos e escolhas. Este trabalho é um sentido de vida, e como tal sujeito a mudanças, transformações e barreiras que ao longo do caminho vão se modificando e crescendo a partir das agruras, dos entraves e da meta maior que é, apesar de tudo, a busca do bem-estar de viver.

5.1 Sugestões para trabalhos futuros

A ciência é contínua, por isso a pesquisa é baseada sempre em trabalhos científicos anteriores, assim como se tem a pretensão e a responsabilidade de deixar alguma contribuição. O desenvolvimento do presente estudo tornou possível a identificação de questões que podem ser alvo de futuros trabalhos. Percebe-se a importância de pesquisas conjuntas nas ciências da saúde, humanas, exatas e sociais, estreitando os vínculos dessas áreas de conhecimento, buscando novos caminhos para compreender o ser humano nas diversas dimensões da vida. Ressalta-se ainda a ampliação de pesquisas referentes às políticas públicas de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países, levantando aspectos que estejam ligados a gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método das ciências naturais e sociais**. São Paulo: ABDR, 1999.

AMADO, G. Coesão organizacional e ilusão coletiva. In: MOTTA, F.C. P. ; FREITAS, M.E. **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Aspectos de segurança no ambiente hospitalar**. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 31 out. 2004.

AZEVEDO, I.B. **O prazer da produção científica**. 7.ed. Piracicaba, SP: Editora UNIMEP, 1999.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 15-17, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p.389-406, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 05 jun. 2008.

_____. A humanização como dimensão pública nas políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005(b).

BENNET, A. C; TIBBITTIS, S.J. **Maxximing quality performance in health care facilities**. United States of America: Aspen Publishers, 1989.

BERGAMINI, C.W. Revisão crítica dos conceitos tradicionais de levantamento de um perfil motivacional brasileiro. In: LOPES, M. C.; REGIS FILHO, G. I. **A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública**. Itajaí: Univali, 2003.

BERMAN, H. J.; WEEKS, L. E. **Administração financeira de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

BLASCO. P.G. **O médico de família, hoje**. São Paulo: Sobramfa, 1997.

BLACKLER, F. Knowledge, knowledge work, and organization: an overview and interpretation. **Organization Studies**, v.16(6):16-36, 1995.

BORBA, V. R. **Administração hospitalar**. São Paulo: Cedas, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004(a). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006(a). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2008.

_____. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília: Editora MS, 2006.

_____. **Cartilha da PNH**. Ambiência. Brasília, 2006(a).

_____. **Cartilha da PNH**. Cartilha de avaliação. Brasília, 2006(b).

_____. **Cartilha da PNH**. Equipe de referência e apoio matricial. 2. ed. Brasília, 2006(c).

_____. **Cartilha da PNH**. Gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília, 2006(d).

_____. **Cartilha da PNH**. Grupo e trabalho de humanização - GTH. Brasília, 2006(e).

_____. **Cartilha da PNH**. Gestão participativa e Co-gestão. 2. ed. Brasília, 2006(f).

CAMPOS, A. M. Um novo modelo de planejamento para uma nova estratégia de desenvolvimento. **Revista de administração pública**, v. 14, n. 3, p. 27- 45, 1980.

CAMPOS, J. Q. **Hospital moderno: administração humanizada**. São Paulo: LTR, 1974.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In.: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CARDOSO, O. O. Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 6, p. 1123-44, 2006.

CAÑETE, I. **Humanização: desafio da empresa moderna: a ginástica laboral como um caminho**. Porto Alegre: Foco Editorial, 1996.

CARVALHO E.; FALK, J. A. Qualidade de serviços na área hospitalar. In: _____. **Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes Cedex: Ensp, 1995.

CASTELLI, G. **Administração de serviços**. Caxias do Sul: Educs, 2001.

_____. **Administração hoteleira**. 9. Ed. Caxias do Sul: Educs, 2001.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CHIZOTTI, B. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Atlas, 1991.

CLIMENT, G. I. Tecnologia apropiada en obstetrícia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.21, n.5, p.23, 1997.

COELHO, A.R. **O urbano e o sanitário na globalização: estudo de questões urbanas sanitárias da cidade de Florianópolis – SC**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Suplemento, n.18, 1998.

CURTIS, P. Mc L. et al. **Continuous quality improvement in helth care**. EUA: Aspen Publishers, 1994.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2006.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução na administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DENCKER, A. F. M. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Futura, 2000.

DENTON, D.K. **Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva**. São Paulo: Makron Books, 1991.

DUMKE, A. **Humanização como ferramenta para a melhoria de processos em hospitais: um estudo de caso**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

DRUCKER. P. F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de filosofia**. 2.ed. São Paulo: Papirus, 1996.

FAZENDA, I. C. **Interdisciplinaridade: História, Teoria e Pesquisa**. São Paulo: Loyola, 1991.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova fronteira, 1995.

FESTER, A. C. R.. **Humanização**. 2002. Disponível em: [http:// www.techoje.com.br](http://www.techoje.com.br). Acesso em: 08 jul. 2008.

FIALHO, F.A.P. et al. **Empreendedorismo na era do conhecimento**. 1 ed. Florianópolis: Visual Books, 2006.

FIGUEREDO, M. I.; VANSUITA, M. **A evolução dos anjos 1: a ciência do pensar**. 1.ed. Gaspar: Da autora, 2001.

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

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Icone, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. *J health care finance*, v.31, p.10-14, 2005.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: UFSC, 2006.

GRISOTTI, Márcia. **Sistemas médicos oficial, familiar e paralelo**: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda. 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

HAYS, M.D. **Consumers base quality perceptions on patients relations**. Staff Qualifications. Modern Healthcare, 27 fev., 1988.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre. LPM, 1987.

HEINENBERG, W. Physics and beyond. **Harper& Row**, Nova York, 1971.

HU – Hospital Universitário. **Histórico do hospital universitário de Santa Catarina**. Disponível em: www.hu.ufsc.br/historico. Acesso em: 02 de jun. 2008.

JACOBI, P. **Descentralização municipal e participação dos cidadãos**: apontamentos para o debate. São Paulo: Lua Nova, 1990.

KOTTER, J. P. ; COHEN, D. S. **O coração da mudança**: transformando empresas com a força das emoções. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Técnica de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: John & Wiley, 1978.

LIMA M. F. S. **Das práticas espontâneas à “receita” de humanização: um estudo sobre a implementação da política nacional de humanização em um hospital do Rio de Janeiro**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LOPES, M. C.; REGIS FILHO, G. I. **A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública**. Itajaí: Univali, 2003.

MAEHTINE, C. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na saúde - práticas e conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: UNG, 1995.

MEZOMO, I. F. B. **A administração de serviços e alimentação**. 4. ed. São Paulo: Terra, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2006.

MONTEIRO, J. L. **A Estilística**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

MOTTA, P. R.. **Desempenho em equipes de saúde- manual**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **The knowledgecreating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation**. Oxford: University Press, 1995.

_____. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F.M; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Futura, 2001.

PERUCHI, R. **Projeto de humanização e assistência hospitalar do Hospital de Caridade de Florianópolis.** Florianópolis, 2002. Trabalho não publicado.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PROBST, G.; RAUB S. ; ROMHARDT K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso.** Tradução Maria Adelaide Carpigiani. Porto Alegre: Bookmark., 2002.

PROGRAMA de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em: <http://www.tr2001.saúde.gov.br>. Acesso em: 25. ago. 2004.

RADOS, G. J. V. et al. **Gerenciamento de processos.** Florianópolis: UFSC, 2001.

RAJOWSKI, M. **Turismo e pesquisa científica: pensamento científico x situação brasileira.** São Paulo: Papirus, 1996.

REMOR, C. A. M. **Da hermenêutica à psicanálise.** 2002. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RIBEIRO, E. M. **Universalidade e singularidades no campo da saúde.** São Paulo. Atlas, 2002.

ROBERTS, W. **Segredos de liderança de Átila o Huno.** 3. ed. São Paulo: Best Seller, 1989.

SALLES, R. K. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar.** 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SIEGEL, B. S. **Amor, medicina e milagres.** São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, M. A. **Quem ama não adocece.** São Paulo: Best Seller, 2002.

SILVA, R. F. **A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica.** Florianópolis: Lex Graf, 2000.

SISSON, M. C. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente Assistencial de Florianópolis.** 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SVEIBY, K. **A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar.** São Paulo: Atlas, 2003.

TAVARES, E. E. **Algumas considerações preliminares sobre humanização e medicina.** São Paulo: Campus, 2002.

TOBIAS, L. T.; BARBATO FILHO, J. H. **Programa de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão.** Florianópolis, 2001. Trabalho não-publicado.

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização: análise de uma experiência de humanização do parto em Florianópolis.** Florianópolis: Mimeo, 2001.

TOMASELLI, P. **O olhar social por Moacyr Scliar.** Trabalho acadêmico (Disciplina: saúde e comunidade). Curso de graduação em medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Trabalho não publicado.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna.** Petrópolis: Vozes, 2002.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1995.

VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Suplemento, n. 18, 2002.

VICTORIA, C.G. et al. **Epidemiologia da desigualdade.** São Paulo: Hucitec, 1989.

VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho.** 2. ed. Curitiba: Genesis, 1995.

VIEIRA, S. Hospitais cinco estrelas. **Revista Audi**, seção saúde, ano 7, n. 39, p. 28, abr. 2002.

WALKER, J. R. **Introdução a hospitalidade**. São Paulo: Manole, 2002.

YAMAMOTO, E. **Os novos médicos administradores**: cuidando da saúde dos pacientes e das empresas. São Paulo: Futura, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WEINZIERL, G. **Encantos do amor**: proposta de humanização hospitalar: um estudo de caso. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Faculdades Integradas da Associação de Ensino de Santa Catarina – FASSESC, Florianópolis, 2004.

WENHAUSEN, Á. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. 1999. Tese. (Doutorado em Filosofia da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão e Conhecimento - EGC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Greici Weinzierl, aluna da pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Comissão de Humanização – dificuldades e barreiras quanto à Política Nacional de Humanização do SUS**”, com o objetivo de identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação à Política Nacional de Humanização do SUS.

Para alcançar tal objetivo, será realizado um acompanhamento da Comissão de Humanização durante as reuniões para levantar as principais dificuldades e barreiras do grupo quanto a Política Nacional de Humanização do SUS. Serão coletados dados através da técnica de observação não oferecendo nenhum risco aos participantes.

Espero contribuir a partir dos resultados, com medidas que visem melhores condições de acesso as informações e gestão à comissão de humanização para minimizar as dificuldades e barreiras quanto à Política Nacional de Humanização do SUS.

Se estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais bem como a identidade não será revelada e utilizadas apenas neste trabalho.

Greici Weinzierl

Assinatura da Pesquisadora
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento

Carlos Augusto Remor

Assinatura do Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento

Eu _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “**Comissão de Humanização – dificuldades e barreiras quanto à Política Nacional de Humanização do SUS**”, e concordo que minha participação seja utilizada na realização da mesma.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Representante
Hospital Universitário - UFSC

ANEXO B – PORTARIA ATUAL: COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Direção Geral

Florianópolis, 13 de outubro 2005 Portaria N°137/DG-HU/2008

O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e considerando a importância de dar continuidade aos trabalhos iniciados pelo Grupo de Trabalho de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Universitário,

RESOLVE:

DESIGNAR os membros abaixo relacionados para, sob presidência do primeiro, comporem a Comissão de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Universitário:

Maria de Lourdes Rovaris	- Diretora de Apoio Assistencial
Joel de Andrade	- Médico da Emergência e Medicina Interna
Maria Aparecida Ferreira Fagundes	- Assistente Social
Alessandra Erdmann	- Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética
Hercilene Higino da Silva	- Chefe da Seção de Capacitação Técnica/DAP
Zulmira Miotello Cipriano	- Chefe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Sandra Elisa Sell	- Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética
Greici Weinzierl	- Representante da Associação Amigos do HU

Revogar a portaria 011/DG-HU/2005 de 23 de fevereiro de 2005.

Profª Marisa Helena César Coral
Diretora Geral – HU/UFSC

ANEXO C - PORTARIA ANTERIOR: COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Direção Geral

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2005 Portaria N°11/DG-HU/2005

O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e considerando a importância de dar continuidade aos trabalhos iniciados pelo Grupo de Trabalho de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Universitário,

RESOLVE:

DESIGNAR os membros abaixo relacionados para, sob presidência do primeiro, comporem a Comissão de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Universitário:

Raquel Kuerten de Salles	- Diretora de Apoio Assistencial
Joel de Andrade	- Médico da Emergência e Medicina Interna
Ana Claudia de Moraes	- Assistente Social da Emergência
Beatriz Désirée Lima Beltrão	- Serviço de Nutrição e dietética
Hercilene Higino da Silva	- Seção de Capacitação Técnica
Zulmira Miotello Cipriano	- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Ilza Schimidth de Brito Selhosrt	- Divisão de Pacientes Internos
Narciso Jaci Policarpo	- Associação Amigos do HU

Prof. Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral

ANEXO D – REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO DO HU

REGIMENTO INTERNO DO GTH DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

ART.1º - O Grupo de Trabalho da Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais da instituição.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

ART 2º - O GTH terá as seguintes competências:

- estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços do hospital mais humanizados.
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização do hospital.
- examinar propostas e denúncias sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais no estabelecimento.
- liderar o processo de humanização no hospital .
- promover uma ação conjunta da administração do hospital e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores.
- promover fluxo de propostas e deliberações.
- apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.
- promover a participação do hospital na rede nacional de humanização.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

ART.3º - O GTH TERÁ A SEGUINTE COMPOSIÇÃO:

1 representante da Direção do Hospital.

6 representantes dos Técnicos Administrativos em Educação.

1 representante da Sociedade Civil Organizada.

PARÁGRAFO ÚNICO - O GTH deverá ter uma participação equitativa de representantes das diferentes categorias, que deverão ser indicados por seus pares.

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

ART.4º O GTH será gerenciado por um coordenador, um subcoordenador, um secretário e membros das comissões.

SEÇÃO I - DO COORDENADOR

ART.4º - CABERÁ AO COORDENADOR:

- a) coordenar as atividades de promoção de humanização no hospital;
- b) convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- c) representar oficialmente o GTH;
- d) prestar contas das atividades do GTH.

SEÇÃO II - DO SUB-COORDENADOR

ART.5º - COMPETE AO SUBCOORDENADOR

Substituir o coordenador em suas altas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância.

SEÇÃO III - DO SECRETÁRIO

ART.6º -COMPETE AO SECRETÁRIO:

- a) secretariar as reuniões do GTH;
- b) superintender o expediente e a correspondência do GTH , assinando com o coordenador, o que for de sua competência;
- c) secretariar as reuniões do GTH;
- d)ter sob sua guarda os livros, relatórios, documentos e demais papéis do GTH;
- e)organizar o apoio logístico.

SEÇÃO IV - DAS COMISSÕES

ART.7º - GTH SERÁ COMPOSTO PELAS SEGUINTE COMISSÕES, à qual compete:

1- COMISSÃO DE MOBILIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO

Sensibilizar os funcionários do hospital para a importância e os benefícios da humanização.
Articular-se com secretaria municipal de saúde, regional de saúde, conselho municipal de saúde

entidades da sociedade civil organizada para participarem. Negociar com o diretor do hospital os recursos necessários para o desenvolvimento do programa. Organizar e propor desenvolvimento das atividades.

2 – COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Articular-se com as diferentes formas de divulgação das ações de humanização (todos os veículos de comunicação audio-visuais e impressos, objetivando divulgação ampla das atividades desenvolvidas pelo GTH).

3- COMISSÃO DE PLANEJAMENTO

Compete à comissão de planejamento conduzir a elaboração do plano, elaborar textos e selecionar bibliografia que venham subsidiar os operativos; consolidação final dos relatórios; programar os treinamentos dos membros do GTH.

CAPITULO V - DA ELABORAÇÃO DE ORÇAMENTOS DE REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES E REUNIÕES

As reuniões do GTH serão realizadas quinzenalmente.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ART.8º - Os casos omissos serão resolvidos pelo coordenador titular da comissão organizadora

ART.9º - Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação

Florianópolis, 23 de fevereiro 2005.

Prof. Carlos Alberto Justo da Silva

Diretor Geral

ANEXO E - GLOSSÁRIO HUMANIZASUS

Glossário HumanizaSUS (BRASIL, 2006)

Acolhimento:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Ambiência:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde (conf. Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Apoio matricial ou temático:

Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Apoio institucional:

Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados.

“Não se trata de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários”. Pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se *“formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.*

Avaliação de Risco (ou Classificação de Risco):

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

Atenção especializada/serviço de assistência especializada:

Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos

e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Autonomia:

No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, coresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e coresponsáveis pelo processo de produção de saúde.

Clínica ampliada:

Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Colegiado gestor:

Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a coanálise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Controle Social:

Participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades fiscalização e avaliação das ações e serviços, nos diferentes níveis de governo, destacando-se, na área da saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Diretrizes da PNH:

Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido da: 1) Clínica Ampliada; 2) da Co-gestão; 3) da Valorização do Trabalho; 4) do Acolhimento; 5) da Saúde do Trabalhador; 6) da defesa dos Direitos do Usuário etc.

Dispositivos da PNH:

Dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex. uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: 1) Acolhimento com classificação de risco; 2) Equipes de Referência e de Apoio Matricial; 3) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; 4) Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; 5) Colegiados de Gestão; 6) Contratos de Gestão; 7) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; 8) Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; 9) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e

Comunidade Ampliada de Pesquisa; 10) Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; 11) Grupo de Trabalho de Humanização.

Educação permanente:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Eficácia/eficiência (resolubilidade):

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde (Conf. Produção da Saúde) como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Eqüidade:

No vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a eqüidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de eqüidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

Equipe de referência/equipe multiprofissional:

Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse Grupo/Equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional. Em hospitais, por exemplo, a clientela internada tem sua equipe básica de referência, e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio (confira-se. Apoio matricial) às equipes de referência. As equipes de referência ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

Familiar participante:

Representante da rede social do usuário que garante a integração da rede social/familiar e equipe profissional dos serviços de saúde na elaboração de projetos de saúde.

Gestão participativa:

Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Grupalidade:

Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (conf. Produção de saúde/produção de subjetividade).

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH):

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 de universalidade, integralidade e aumento da eqüidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas

SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH (conf. Humanização/Política Nacional de Humanização); pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade (conf. Transversalidade) e a grupalidade (conf. Grupalidade); propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.

Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e coresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de coresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Igualdade:

Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira, o acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

Integralidade:

Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Intersetorialidade:

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

Núcleo de saber:

Demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dá mediante a conformação de núcleos que são mutantes e

se interinfluenciam na composição de um campo de saber dinâmico. No núcleo há aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar.

Ouidoria:

Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

Princípios da PNH:

Por princípio entende-se o que causa ou força determinada ação ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui dois princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: 1) A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; 2) A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e inter-grupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e inter-grupos promovendo mudanças nas práticas de saúde.

Produção de saúde e produção de subjetividade:

Em uma democracia institucional, diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos.

Projeto de saúde:

Projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições bio-psico-sociais dos usuários. A sua construção deve incluir a co-responsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais (conf. Intersetorialidade), a rede social de que o usuário faz parte (conf. Rede psicossocial), o vínculo usuário-equipamento de saúde (conf. Vínculo) e a avaliação de risco/vulnerabilidade (conf. Avaliação de risco).

Protagonismo:

É a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

Reabilitar-Reabilitação/Habilitar-Habilitação:

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O re constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca, no plano do processo saúde/doença, é se é possível voltar atrás, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências e sempre muda; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial.

Porém existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o re se aplica.

Rede Psicossocial:

Esquemáticamente, todos os sujeitos atuam em três cenários, a família, o trabalho e o consumo, onde se desenrolam as suas histórias com seus elementos, afetos, dinheiro, poderes e símbolos, cada qual com sua força e onde somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados, formando uma rede psicossocial.

Esta rede é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa

dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade.

Sistema de Referência e Contra-referência, apontando para redes de atenção em saúde:

Modo de organização dos serviços configurados em *redes* sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de *rede*, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Sujeito/subjetividade:

Identidade pessoal resultado de um processo de produção de subjetividade (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade) sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

Transversalidade:

Nas experiências coletivas ou de grupalidade (conf. Grupalidade), diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade (conf. Produção de saúde/produção de subjetividade).

Universalidade:

A Constituição brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país, aos nascituros e aos nascidos, crianças, jovens e velhos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema único de saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo (conf. Equidade) e integral (conf. Integralidade).

Usuário, Cliente, Paciente:

Cliente é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

Na rede psicossocial (conf. Rede psicossocial), compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional

supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Visita Aberta e Direito de Acompanhante:

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

ANEXOS F - CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006)

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a importância do fortalecimento do SUS como política pública de saúde pelas três esferas de governo e pela sociedade civil;

Considerando a Lei 9.656/1998 da Saúde Suplementar, sua regulamentação e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961/2000);

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003;

Considerando a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais;

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão;

O Ministro da Saúde publica a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Princípio 1º

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica, próximas ao local de moradia;

II. Nas situações de urgência/emergência o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;

III. Em caso de risco de vida ou lesão grave deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique em maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;

IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde, indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;

V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

VII. O acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva;

VIII. A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente as pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

Princípio 2º

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde.

II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares/acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

a. hipóteses diagnósticas;

b. diagnósticos confirmados;

c. exames solicitados;

d. objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;

e. riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f. duração prevista do tratamento proposto;

g. no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou conseqüências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

h. finalidade dos materiais coletados para exames;

i. evolução provável do problema de saúde; e

j. informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário.

III. Registro em seu prontuário entre outras, das seguintes informações de modo legível e atualizado:

a. Motivo do atendimento/internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem, e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b. registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; e

c. identificação do responsável pelas anotações:

IV. O acesso à anestesia em todas as situações em que esta for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

a. o nome genérico das substâncias prescritas;

b. clara indicação da posologia e dosagem;

c. escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;

d. a não utilização de códigos ou abreviaturas;

e. o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

f. a assinatura do profissional e data.

VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia e/ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial.

VII. Encaminhamentos para outras Unidades de Saúde observando:

- a. caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;
- b. resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- c. a não utilização de códigos ou abreviaturas;
- d. nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
- e. identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

Princípio 3º

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;

II. Profissionais que se responsabilizam por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis, ou outras formas de identificação de fácil percepção;

III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a. integridade física;
- b. privacidade e conforto;
- c. individualidade;
- d. seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e. confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f. segurança do procedimento;
- g. bem estar psíquico e emocional;

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária não inferior a duas horas, durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V. Se criança ou adolescente em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;

VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo/benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

VII. A opção pelo local de morte;

VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a este profissional o acesso ao prontuário.

Princípio 4º

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

- I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convir, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação e ter sido informado pela operadora, da existência e disponibilidade do plano referência;
- II. O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;
- III. Acesso a qualquer momento, pelo paciente ou terceiro por ele autorizado, ao seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;
- IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar;
- V. Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou recusa dado anteriormente poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.
- VI. Não ser submetido a nenhum exame sem conhecimento e consentimento em locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;
- VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;
- VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;
- IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;
- X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação;
- XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes/diretores e gestor responsável pelo serviço;
- XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde, e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade;
- XIII. Participar dos processos de indicação/eleição de seus representantes nas conferências, conselhos nacional, estadual/Distrito Federal, municipal e regional/distrito de saúde e de conselhos gestores de serviços.

Princípio 5º

Todo cidadão deve se comprometer a:

- I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, consultas e internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos/drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;
- II. Manifestar a compreensão sobre as informações/orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas solicitar esclarecimentos sobre elas;
- III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;
- IV. Informar ao profissional de saúde/equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;
- V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;

- VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo/produtos derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.
- VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;
- VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;
- IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta Carta;
- X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;
- XI. Comunicar aos serviços de saúde e/ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e oferta de produtos e serviços que afetem a saúde, em ambientes públicos e privados;
- XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

Princípio 6º

Os gestores do SUS das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

- I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;
- II. Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;
- III. Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;
- IV. Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde adequando-os à esta Carta;
- V. Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do Sistema de Saúde.