



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

MAYARA PRISCILLA NOGUEIRA SILVA

**A Relevância da Política Nacional de Humanização da Saúde e Possibilidades de sua
Implantação no Município de Santo Amaro: Estudo de Caso em uma Instituição
Hospitalar.**

Cachoeira, 2012

MAYARA PRISCILLA NOGUEIRA SILVA

A Relevância da Política Nacional de Humanização da Saúde e Possibilidades de sua Implantação no Município de Santo Amaro: Estudo de Caso em uma Instituição Hospitalar

Trabalho apresentado como requisito para obtenção de nota da disciplina TCC II, do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, ministrada pelo Prof^o Msc. Henrique Rosendo, do curso de bacharelado em Serviço Social, 8^o semestre.

Cachoeira, 2012

S586 Silva, Mayara Priscilla Nogueira

A relevância da política nacional de humanização da saúde e possibilidades de sua implantação no município de Santo Amaro: estudo de caso em uma instituição hospitalar. / Mayara Priscilla Nogueira.– Cachoeira, 2012.

75f.: il. ; 22 cm.

Orientadora: Profa^o Dra. Valéria dos Santos Noronha Miranda.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.

1.Reforma sanitária. 2.Política nacional de saúde. 3.Santo Amaro-Ba. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II.Título.

CDD:362.1

MAYARA PRISCILLA NOGUEIRA SILVA

A Relevância da Política Nacional de Humanização da Saúde e Possibilidades de sua Implantação no Município de Santo Amaro: Estudo de Caso em uma Instituição Hospitalar

CACHOEIRA/BA, APROVADA EM ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra.Valéria dos Santos Noronha Miranda

Orientadora

UFRB

Profa Msc. Simone Brandão Souza

Examinadora

Profa Msc. Márcia Clemente

Examinadora

AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir chegar até aqui.

Agradeço a minha família que praticamente fez esse trabalho junto comigo e apoiou fornecendo forças nos momentos que pensei em desistir.

À minha orientadora, que com muita paciência e sabedoria contribuiu na conclusão do trabalho.

RESUMO

O presente trabalho possui como foco um estudo acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), fazendo um resgate histórico, demarcando a importância da Reforma Sanitária até a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente abordando a importância da formulação e implantação da PNH no âmbito das instituições de saúde, considerando a respectiva política dentro do marco da transversalidade. Conhecer as políticas de saúde e seu processo histórico no Brasil possibilitou identificar as fragilidades e as necessidades do SUS e seus programas, reconhecendo a relevância de políticas transversais ao sistema, tais como: a Política Nacional de Humanização da Saúde. O processo de elaboração teórica do trabalho favoreceu a aproximação com a realidade hospitalar, fornecendo subsídios para a pesquisa de campo onde foi utilizado o estudo de caso para verificar as possibilidades de implantação da PNH em um hospital no Município de Santo Amaro. A pesquisa qualitativa foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012, tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais da saúde. Por meio de roteiros de entrevistas semi-estruturados foram obtidos os resultados da investigação, acreditando que a PNH é um desafio ainda em construção.

Palavras- Chave: Humanização; Saúde; Reforma Sanitária.

ABSTRACT

This work has focused on a study of the National Humanization of Health (PNH), making a historical, marking the importance of health reform to the constitution of the Unified Health System (SUS), subsequently addressing the importance of formulating and HNP deployment within healthcare institutions, considering their policy within the framework of transversality. Knowing the health policy and its historical process in Brazil allowed to identify the weaknesses and needs of the NHS and its programs, recognizing the importance of system-wide policies such as the National Humanization of Health. The process of theoretical elaboration of work favored rapprochement with reality hospital, supporting field research where we used the case study to verify the possibilities of implementation of the HNP in a hospital in Santo Amaro. The qualitative research was conducted during October and November 2012, having as research subjects-health professionals. Through tours of semi-structured interviews were obtained research results, believing that PNH is a challenge still under construction.

Keywords: Humanization, Health; Health Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

COBRAC – Companhia Brasileira de Chumbo

CRA – Centro de Recursos Ambientais

FJS – Fundação José Silveira

GTH – Grupo de Trabalho em Humanização

IAP – Instituto da Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

OAPS – Organização Pan Americana da Saúde

PBVS – Piso Básico da Vigilância Sanitária

PNH - Política Nacional de Humanização

PNAH – Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PSF – Programa de Saúde da Família

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 As Políticas de Saúde no Brasil: Contextualização Histórica e Marco legal.	10
2.1 Da Reforma Sanitária ao Sistema Único de Saúde.....	14
2.2 SUS- Antecedentes históricos definição e princípios.....	16
2.3 Novas Proposições no Âmbito do SUS: Avanços e Perspectivas	22
3 A PNH: Caracterização e sua Relevância no SUS	25
3.1 PNH: Processo Histórico de Formulação e Elementos Conceituais.....	29
3.2 A PNH e seus Dispositivos Institucionais	33
3.3 PNH: Sua Viabilidade nas Instituições Hospitalares.....	36
4 A Proposta de Implantação da PNH no Município de Santo Amaro: Estudo de Caso em uma Instituição Hospitalar	41
4.1- Conhecendo Santo Amaro da Purificação.....	41
4.1.1 A História	41
4.1.2 Características Locais	42
4.1.3 O Legado da Fábrica	43
4.2 Caracterização da Rede de Atenção à Saúde em Santo Amaro.....	45
4.3- O Percorso Metodológico.....	49
4.4 A Pesquisa de Campo	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO	70

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como foco um estudo acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), fazendo um resgate histórico, demarcando a importância da Reforma Sanitária até a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente abordando a importância da formulação e implantação da PNH no âmbito das instituições de saúde, considerando a respectiva política dentro do marco da transversalidade. Conhecer as políticas de saúde e seu processo histórico no Brasil possibilita identificar as fragilidades e as necessidades do SUS e seus programas, reconhecendo a relevância de políticas transversais ao sistema, tais como: a Política Nacional de Humanização da Saúde.

Este estudo metodologicamente possui uma dimensão qualitativa, baseando-se no estudo de caso, elegendo a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado para analisar os desafios e as possibilidades de implantação da PNH no âmbito do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, dirigido pela Fundação José Silveira situado em Santo Amaro, Bahia. É importante destacar que os sujeitos da pesquisa são os profissionais de saúde desta Unidade (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e demais profissionais atuantes na assistência à saúde).

No primeiro capítulo foi feita uma reflexão sobre o processo histórico acerca das políticas de saúde no Brasil, conceitos e marco legal. A Política de Saúde de uma determinada época reflete o momento histórico no qual foi criada (CEFOR, 1992), contextualizando a centralidade da Reforma Sanitária e o movimento de criação pelo SUS. O Movimento Sanitário defende a saúde como um direito de todo o cidadão, defendendo a universalidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, as ações em saúde devem garantir o acesso da população às ações de prevenção e promoção à saúde, rompendo com o modelo curativo e biologicista.

O setor saúde no Brasil vive uma situação paradoxal: por um lado, tem-se colocado, sem dúvida, como catalisador de propostas e experiências inovadoras nos campos da assistência e da gestão pública impulsionada pelos princípios de democratização, universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde que orientam o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e que se encontram inscrita na Constituição e na legislação específica do Sistema Único de Saúde - SUS. Por outro lado, nossos serviços de saúde também vêm sendo o espaço privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e banalização da dor e do sofrimento alheio que tem

marcado nossa sociedade. (Sá 2001 apud Marilene, 2005, p.29). O primeiro capítulo termina com uma discussão sobre as perspectivas e os avanços identificados na esfera do SUS. Para que aconteça a total efetivação do SUS é necessário que obstáculos sejam ultrapassados, dentre eles: a corrupção, o clientelismo, nepotismo que acometem a política brasileira e interferem diretamente nos processos de gestão e por consequência na atenção à saúde.

O segundo capítulo está diretamente relacionado à discussão da Política Nacional de Humanização da Saúde, seus antecedentes históricos, sua definição e seus princípios, destacando a importância da PNH nas instituições de saúde e principalmente no âmbito hospitalar.

A PNH possui um conteúdo político estratégico reafirmando os princípios do SUS, as práticas de humanização devem ser percebidas como valor na medida em que resgata o respeito à vida humana, reconhecendo que a produção da saúde está vinculado a um conjunto de determinantes sociais. Dessa forma, a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma política que seja consolidada inteiramente em toda a rede SUS.

A Política Nacional de Humanização é um avanço, pois a mesma geração da Reforma Sanitária (ou quase) está discutindo a humanização com a mesma dedicação, compromisso e entusiasmo com que vimos discutindo a questão da universalidade e equidade na organização do sistema de saúde (...). O que para muitos parecia ser um conjunto de preocupações abstratas, chamadas de filosóficas num sentido que beirava o pejorativo, mostra aqui claramente sua relevância e vitalidade práticas (...). (Sá, 2005 apud Noronha, 2009, p.108).

A humanização que se constrói enquanto uma política e vem se solidificando no interior dos hospitais é parte de um conjunto de ações que foram concretizadas através de investimentos pioneiros de Secretarias Municipais de Saúde e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde ao lançar inicialmente o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar.

O Terceiro capítulo trata da metodologia utilizada na pesquisa de campo, apresentando o estudo de caso realizado no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Santo Amaro e a análise dos resultados obtidos.

2 As Políticas de Saúde no Brasil: Contextualização Histórica e Marco legal.

A Política de Saúde de uma determinada época reflete o momento histórico no qual foi criada (CEFOP, 1992). No período da Primeira República todo o lucro obtido com o café foi aplicado nas grandes cidades dando impulso à industrialização, com o fim da escravidão e a chegada dos imigrantes o aumento do fluxo populacional causava um grande número de epidemias, as cidades não tinham um modelo sanitário definido ficando assim a mercê dessas epidemias. Segundo Braga e Paula (1985:41-42), a saúde surge como *questão social*¹ no Brasil somente no começo do século XX no seio da economia cafeeira juntamente com a emergência do trabalho assalariado.

A partir de 1900, junto aos avanços na medicina, e com as fortes pressões empresariais pela higiene dos portos no começo da industrialização brasileira, a epidemia de febre amarela atinge o Rio de Janeiro e o Estado de São Paulo, trazendo prejuízos às importações e à expansão da cafeicultura. Tomados como matéria-prima e carentes de direitos políticos e sociais, restavam aos trabalhadores e suas famílias, no momento da doença, a caridade das Santas Casas de Misericórdia.

No início do século XX Oswaldo Cruz é nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública iniciando no Brasil atividades de natureza investigativa e fiscalizadora tendo como missão erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro associada à vacinação compulsória contra a varíola, medidas extremas que causaram o descontentamento da maioria da população que deu origem a Revolta da Vacina.

Apesar de toda revolta da população com as ações drásticas, as medidas adotadas conseguiram bons resultados, obtendo o controle das doenças epidêmicas. A partir de 1923, com a Reforma Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz foram colocadas em discussão às questões higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas medidas que foram à base do sistema previdenciário no Brasil dando destaque a proclamação da Lei Eloy Chaves² que passa a regulamentar o direito a aposentadorias e pensões (Caixas de Aposentadorias e Pensões ou

¹ Questão social é produto e expressão da contradição entre capital e trabalho. O complexo da questão social é um desafio histórico estrutural, que resulta das contradições concretas entre capital e trabalho, a partir do moderno processo de industrialização capitalista, tendo como determinantes o empobrecimento da classe trabalhadora, a consciência dessa classe e a luta política dessa classe contra seus opressores. Disponível em: <http://servicosocialecotidiano.blogspot.com.br>. Acesso em: 18 novembro 2012.

² Brasil. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). CREA, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br/sislex>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

CAPS). A primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) criada foi a dos ferroviários, o setor mais importante para a economia da época.

A partir da década de 30 a sociedade brasileira passa por mudanças na sua conjuntura, tais como: o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais em resposta as manifestações dos trabalhadores. As características econômicas e políticas da época possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem a questão social.

A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional. (BRAVO, 2004: pág.26).

Ainda em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, até então as ações do governo eram voltadas apenas para o coletivo, a partir dessa década foi dada ênfase a assistência medica individual, a partir de 1937 foi estabelecida a ditadura do Estado Novo que tinha como uma das políticas estender a todas as categorias de trabalhadores os benefícios previdenciários, sendo assim as antigas CAPs (Caixa de Aposentadoria e Pensão) foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). A era Vargas foi marcada por centralizar a máquina governamental e também bloquear reivindicações sociais, As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: “ênfase nas campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde, pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941” (BRAGA e PAULA 1986 apud BRAVO, 2000, p.54).

Em 1941, a política de saúde estabelecida nesse período era de caráter nacional que só foi solidificada no período 1945-1950. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passou a se dedicar as atividades de caráter coletivo como as campanhas da Vigilância Sanitária.

A Ditadura Militar teve importante significado para uma grande parte da sociedade brasileira como a formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo diante da população, ainda em face da questão social no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, ainda que sendo a política assistencial ampliada e modernizada pelo Estado com a intenção de aumentar o poder de persuasão sobre o povo e suavizar as tensões sociais. Ainda como consequência da ditadura acontece à unificação das IAP's que teve como resultado a criação do INPS Instituto Nacional

de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social, surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução foi pagar a rede privada pelos serviços prestados a população, isto é a Previdência sustentou hospitais particulares por 20 anos, conseqüentemente uns dos motivos da falência da Previdência foram os custos crescentes.

Em 1975, o Estado através da Lei 6.229³ cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que passou a dividir as competências para a efetivação dos serviços da saúde com os Ministérios da Saúde, Previdência da Assistência Social, da Educação e do Trabalho.

A década de 80 passa por intensas transformações, incluindo o sistema de saúde brasileira, teve como causa revolução político-institucional do país, a crise dos anos 80 leva a população a se organizar e lutar pela democratização do país, ainda em 80 o Ministério da Saúde convoca e organiza a VII Conferencia Nacional de Saúde com o tema “Serviços Básicos de Saúde”. Em março de 1986, em Brasília (DF) aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, o marco histórico mais importante no curso das políticas de saúde no Brasil, colocando no cenário da discussão da saúde a sociedade, fazendo referência à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. Fleury (2006) afirma que o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

A Reforma Sanitária foi uma proposta que ultrapassou o setor da saúde. Além de apresentar-se como paradigma de caráter social, foi também político ao ativar a noção de reforma no âmbito das políticas sociais, cuja lógica abarca aspectos históricos e culturais na direção da democracia. Todo o quadro da Reforma Sanitária e de sua constituição configurou-se num agente coletivo de mudança nas configurações do sistema de saúde de maneira ampla e elaborada, uma vez que ultrapassaram os limites de uma reforma administrativa ao sugerir ampliação no conceito de saúde, Fleury (2006) aponta 3 vertentes desenvolvidas pelo Movimento Sanitário:

- 1) A sistematização de um espaço de saber - o campo da saúde coletiva;
- 2) A sistematização dos espaços de praticas alternativas, constituídos por projetos experimentais e comunitários;

³ BRASIL. Lei n° 6.229, de 17 de julho de 1975. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/> Acesso em: 6 jul. 2012.

3) O desenvolvimento de um trabalho.

Os ideais da Reforma Sanitária são resumidos como: democratização do acesso à universalidade das ações e a descentralização com controle social. O Projeto tem como uma de suas táticas o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi produto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2000).

Essa bandeira de democracia na saúde foi levantada por um grupo formado por diversos setores da sociedade: intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, todos contra o regime militar e com influencia da Reforma Sanitária. (AROUCA, 1992)

A Constituição de 1988 deu uma nova direção à saúde no Brasil, tinha em seu texto trechos que consagrava a saúde como produto social e estabelecia as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração das políticas de saúde, que passou a ser reconhecida como direito social, ou seja, próprio à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo, a constituição tornou-se um marco na saúde pública brasileira ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Nesta mesma constituição foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), onde concretiza a saúde como um direito fundamental para o exercício da cidadania e dos direitos humanos passando a ser encargo estatal e ficando constituído: a universalidade, o acesso igualitário, a hierarquização, a descentralização e o controle social, como princípios básicos.

2.1 Da Reforma Sanitária ao Sistema Único de Saúde

Ao final de 1970, o Brasil passou por severas mudanças causadas pela crise da Previdência que se refletiu num quadro de desigualdade onde a maioria da população não tinha acesso à saúde, o Governo Militar estava em crise. Tal crise tornou possível a expansão dos movimentos sociais e a criação de propostas que atendessem aqueles excluídos de qualquer sistema de proteção social, na área da saúde, ganhou destaque o movimento da Reforma Sanitária. “As origens do Movimento Sanitário remontam aos primeiros anos de ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob a recomendação da OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde, foram criados os departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutina e defende-se o pensamento crítico na saúde” (SCOREL 1987 apud NORONHA, 2009, P.38).

O movimento sanitário tinha presunções concretas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, não se pode privar qualquer cidadão do acesso ao serviço público de saúde, também existia a idéia de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de prevenção, e para que fosse possível deveria estar ligadas em um único sistema.

Em 1985 veio a tão esperada democracia, no ano seguinte foi possível a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, “a partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de posições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária” (PAIM, 1992).

Teixeira et. ali. (1988) aponta que um conjunto de hipóteses foi elaborado na tentativa de sistematizar uma teoria em construção da Reforma Sanitária, tais como:

- *Uma conceituação*- “O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja

expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.

- *Uma referência histórica*- “Regra geral, os processos da Reforma Sanitária emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios)”.
- *Uma visão processual*- “A (primeira) hipótese que podemos levantar afirma que a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é ao mesmo tempo em que resultante da correlação de forças existentes, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política”.

A Reforma Sanitária no Brasil passou a ser conhecida como estratégia política e um processo de transformação que teria como resultado a transformação de uma determinada área e acabou alcançando e garantindo o direito constitucional à saúde e a construção do SUS. “A construção do projeto da Reforma Sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (FLEURY, 1988).

Ao final dos debates durante a VIII Conferência Nacional de Saúde que tinham como elemento de discussão o setor de Saúde, foi aprovada a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que reconhecia a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado.

O SUS proclamado pela Constituição é a representação de toda uma lógica reformista do setor de saúde, de crio igualitário, tal sistema foi delineado durante o processo social e político do início da Reforma, desde então a saúde recebeu configuração social, de forma a ocasionar uma visão ampla do bem estar e das condições de vida indissociada de fatores socioeconômicos, políticos e sociais. O Sistema Único de Saúde é caracterizado com este nome porque segue a mesma teoria e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

2.2 SUS- Antecedentes históricos definição e princípios

A década de 1980 foi um período de superação do regime de ditadura existente no país desde 1964 e de crise econômica mundial que vinha desde 1970, no entanto, neste momento de democracia a saúde pôde contar com a participação de novos sujeitos sociais, que passaram a discutir as condições de vida da população e as propostas apresentadas pelo governo, o debate assumiu dimensão política.

Dentre esses novos sujeitos sociais estavam: sociedade civil, movimentos sociais urbanos, os partidos políticos de oposição, profissionais da saúde que ultrapassando o corporativismo defendiam juntamente com os outros sujeitos a melhoria das condições de vida e saúde, buscando o fortalecimento da saúde pública. Foram debatidas diversas propostas em relação ao tema:

- Universalização do acesso à saúde, ou seja, deixando de ser restritiva ao trabalhador;
- Saúde como direito social e dever do Estado;
- Reestruturação do sistema através da estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Descentralização do processo decisório, para que as decisões pudessem ser tomadas em esfera estadual e municipal;
- Financiamento efetivo, ou seja, que as fontes de financiamento e a quantidade de recurso fossem efetivas;
- Democratização do poder local, através de mecanismos de gestão democrática como os Conselhos.
- Equidade
- Integralidade

Essas propostas foram fundamentais para a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Sergio Arouca⁴ (1998)⁵ afirma que:

⁴ Considerado como um dos maiores sanitaristas participou dos debates para a Reforma Sanitária e presidiu a 8ª Conferência Nacional da Saúde.

⁵ Citação retirada de www.ministeriodasaude.gov.br/sanitarista

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Conforme cita Arouca (1998), a partir da conferência, surgiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da Reforma Sanitária. Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

Antes da criação do SUS o Ministério da Saúde juntamente com o Estado desenvolvia as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e ainda as campanhas de vacinação e controle de endemias, a maior contribuição do Estado na área de saúde era através do (INPS) Instituto Nacional de Previdência Social que depois se tornou (INAMPS) Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS beneficiava apenas trabalhadores formais (com carteira assinada) e seus dependentes, perdendo o caráter universal que passou a ser um dos princípios fundamentais do SUS.

No final da década de 80, o INAMPS mudou seu funcionamento, uma das mudanças foi o fim da exigência da carteira de segurado para a realização de atendimentos nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

Essa atitude foi um dos primeiros passos para o começo da construção de um Brasil com um sistema de saúde com cobertura universal muito antes da Lei Orgânica da Saúde que constituiu o SUS, tendo como motivação principal a crise da Previdência e por outro lado a grande mobilização da comunidade dando forma ao Movimento da Reforma Sanitária, “A Reforma Sanitária brasileira significou na sua totalidade uma ampla defesa pela transformação do sistema de saúde no Brasil, impulsionando-o para vivenciar um processo de democratização na saúde jamais experimentado pela sociedade”. (Noronha, 2009, p.41).

Tendo como primeira conquista a Constituição de 1988 com a definição referente ao setor da saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art.196). Culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde onde se propunha que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e fosse universal o acesso a todos os bens e serviços que promovessem e recuperassem sendo regulamentado pela lei n.8080 de 1999 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e pela lei n.8142 do mesmo ano que foi sancionada pelo Presidente da República, Sr. Fernando Collor, e decretada pelo Congresso Nacional, foi publicada no Diário Oficial da União em 31 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A primeira lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento e ainda dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, também sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

O SUS passa a ser idealizado como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das funções mantidas pelo Poder Público. Foram definidos como princípios norteadores do SUS a universalidade, a participação popular, equidade e a descentralização política. Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos: prover assistência às pessoas por mediação das ações de promoção, proteção e recuperação, executar ações propendendo à saúde do trabalhador, identificação e divulgação dos fatores condicionantes e categóricos da saúde entre outros.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros. .

A universalidade da assistência à saúde deve também cobrir a continuidade do atendimento quando houver necessidade em todos os níveis: atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar, sendo que a maioria dos problemas de saúde apresentados pela população são simples. Segundo Paim (2009, p.60) *“pesquisas indicam que 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal”*.

Nesse sentido a atenção básica forma o primeiro nível de atenção no âmbito do sistema de saúde, equipes multiprofissionais de saúde atuam nesse nível na esfera de atendimento realizando ações que são desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias e participativas sob a forma de trabalho em equipe. Quando se trata de casos mais complicados e de tratamento mais complicado são encaminhados para o próximo nível na esfera de atendimento, ou seja, os serviços ambulatoriais especializados e os hospitais, que são citados pelo SUS como média e alta complexidade.

No final da década de 80 até meados de 90 o país passou por uma grave crise econômica juntamente com políticas de ajuste econômico pelos governos, que representaram um ambiente adverso para a implantação do SUS que deveria ser um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública. No início dos anos 90, a maioria dos estados não tinham condições de exercer inteiramente as competências e atribuições estabelecidas pela lei, o governo ainda resistia ao financiamento do SUS no que fazia referência ao repasse automático dos recursos para o resto das esferas do governo.

Em frente a essa situação a construção do SUS recorreu a um conjunto de portarias, chamadas de normas operacionais: NOB-91 que *“levava aos prestadores públicos de serviço o pagamento por faturamento apresentado pelos prestadores particulares. Embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, essa NOB sofreu críticas por que acabou por enfraquecer o poder dos estados na definição dos critérios utilizados para os repasses financeiros, uma vez que estes eram realizados diretamente da esfera federal para a municipal. A mudança representou, para os estados, a perda da função articuladora e negociadora (Levcovitz, 1997)”*, NOB-93 esta Norma, na verdade, substituiu a NOB/91, por isso alguns autores fazem referência às mudanças propostas nas NOBs/91 de modo geral. Esta NOB reafirmou o disposto na NOB/91, enfatizando as mudanças propostas, principalmente com relação à definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento. Foi além quando criou o Prosaúde, programa que tinha por objetivo a reorganização dos serviços de Saúde com a participação das três esferas de governo. Os

critérios e instrumentos, utilizados para o repasse/transferência de recursos de custeio da rede de serviços alguns critérios de recursos, propondo mecanismos de estímulo para a gerência municipal e a estadual, NOB-96 deu tratamento especial para as ações básicas de saúde, estabelecendo dois sistemas de descentralização para os municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Essa Norma inova ao introduzir o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), inserido como parte variável do Piso de Atenção Básica. A NOB/96 foi um importante passo na descentralização da gestão da assistência à saúde, redefinindo os papéis dos estados e municípios, em especial no tocante à questão de comando único e na ampliação das transferências fundo-a-fundo, em substituição ao pagamento direto aos prestadores.

Normas que tiveram grande importância na formação do SUS como conhecemos hoje, elas foram atualizadas por mais de 15 anos para viabilizar a política de descentralização do SUS que atualmente é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, talvez seja o único que garante assistência integral e gratuita para a população sem distinção ainda desenvolve uma proposta de atenção primária de saúde através do Programa de Saúde da Família (PSF).

Os problemas mais comuns devem ser resolvidos na Atenção Básica deixando os ambulatórios especializados e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel, resultando numa maior eficiência e numa maior satisfação dos usuários. A proposta inicial era de se investir amplamente no nível primário de atenção e dando a possibilidade de melhor funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, só assim sendo possível acabar com as filas.

Parte da população não consegue ter acesso ao SUS, outra parte aguarda a longa fila de espera para consultas, exames, cirurgias, encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados, muitas vezes essa espera demora anos.

Faltam médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. Os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente muito ruins.

O atendimento emergencial é falho e inadequado principalmente às vítimas da violência e dos acidentes de trânsito, são precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos.

De acordo com o IDEC⁶ o orçamento público destinado ao SUS é insuficiente, há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam os recursos previstos para a saúde, o IDEC ressalta também que parte do dinheiro da saúde, que já é pouco, está sendo desviado para pagamento de salários de aposentados, pagamento de dívidas, obras de outros setores e até pagamento de planos privados de saúde para funcionários públicos.

A consolidação plena do SUS esbarra na ausência de vontade política de alguns governantes e na falta de organização da sociedade, especialmente a população em situação de pobreza que têm dificuldades de mobilização para pressionar as autoridades porque muitas vezes não tem conhecimento de seus direitos. As dificuldades do SUS não podem ser generalizadas, pois muitos municípios assumiram a saúde de seus cidadãos, e em consonância com a lei prestam atendimento com qualidade e dignidade à população-usuária.

⁶Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

2.3 Novas Proposições no Âmbito do SUS: Avanços e Perspectivas

O Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações de saúde ligadas ou prestadas por órgãos e instituições públicas. A Constituição Federal de 1988 deu nova configuração à saúde no Brasil, tornando-a direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi desenvolvido e ligado às políticas sociais e econômicas.

A conjuntura político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou partidária. A configuração conservadora dos governos no período da mudança democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais, com focalização do gasto público nos setores mais pobres.

As transformações econômicas do mundo atual coloca a situação da saúde no Brasil como algo complexo e difícil visto que o dinamismo da cultura e da política à defesa dos direitos da cidadania e de valores desenraizados na solidariedade e na igualdade.

“O setor saúde no Brasil vive uma situação paradoxal: por um lado, tem-se colocado, sem dúvida, como catalisador de propostas e experiências inovadoras nos campos da assistência e da gestão pública impulsionada pelos princípios de democratização, universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde que orientam o movimento de Reforma Sanitária Brasileira e que se encontram inscrita na Constituição e na legislação específica do Sistema Único de Saúde - SUS. Por outro lado, nossos serviços de saúde também vêm sendo o espaço privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e banalização da dor e do sofrimento alheios que tem marcado nossa sociedade.” (Sá 2001 apud Marilene, 2005, p.29).

A baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema. A elucidação é simples. Se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica descontente com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras veemências, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional - usuário.

Quanto menor for à integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população. Para resolver esses desafios e aprimorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno.

Para que aconteça a total efetivação do SUS é necessário que primeiro alguns obstáculos sejam ultrapassados, como a corrupção que acomete a política brasileira e interfere diretamente nos processos de gestão e por consequência de atenção a saúde, segundo Paim (Paim, 2009:128-129) 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e, destes, apenas 35% prestam serviços ao SUS. Dessa forma para que o cidadão possa utilizar serviços especializados, o SUS depende totalmente da rede privada nos setores de média e alta complexidade.

Propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema - dentro de um sistema segmentado -, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados (...). Em consequência, na prática social, o SUS, ao invés de um sistema universal, vai se implantando como segmento destinado aos pobres. (Mendes, 2004).

Apenas um olhar para o dia-a-dia dos serviços de saúde é suficiente para identificar as carências desse sistema. As cruéis desigualdades no acesso e utilização dos serviços (com prejuízo dos mais pobres), o mau atendimento, as filas, a superlotação das emergências, a insuficiência de recursos nas unidades de saúde, a falta de leitos hospitalares e a retardamento para a marcação de exames são algumas das evidências da inadequação entre o proposto pela estrutura jurídico-legal do SUS e a realidade. Apesar de toda essa situação ainda existe algum profissionais que atuam no sistema tentando melhorar as condições de atendimento e dos serviços oferecidos aos usuários mesmo com a total falta de recursos.

O SUS é uma conquista que se expressa, sem dúvida, como proposição geral e abstrata na forma do texto da lei, das portarias e normativas. No entanto, o projeto do SUS não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento

instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde. (Benevides & Passos, 2005).

A humanização na área da saúde já demonstrava seus primeiros sinais nos marcos de discussão do próprio “Movimento de Reforma Sanitária”, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os primeiros questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no poder do médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Este modelo era oneroso e muito especializado, focando a doença e não a promoção da saúde “e, configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema” (RIZZOTTO, 2002, p. 197).

Para resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não satisfaz investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno. A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. 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.

3 A PNH: Caracterização e sua Relevância no SUS

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008a).

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) concorda com os princípios do SUS, ressaltando a precisão de garantir atenção integral à população e táticas de expandir a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Investindo na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma ação que leve à "ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade" (BRASIL, 2004). Com isso, já deixa enxergar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde.

Nesse sentido, as principais prioridades nas quais a PNH tem investido são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Buscar fortalecer o comprometimento dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as idéias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, co-responsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e experiências exitosas, a serem colocadas em situação de análise (fazendo e aprendendo a partir da análise e experiências).

A PNH aposta no reposicionamento dos usuários, ou seja, no seu protagonismo, na força do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados repartidos: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas” usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma forma coletiva dos processos de atenção e gestão.

Neste conceito, são apostas básicas da política de humanização o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde.

Qualificação do sistema público de saúde, dos seus efeitos como política de saúde (inclusão, acolhimento e enfrentamento de necessidades de saúde), e como espaço de criação, valorização e realização profissional, são dois aspectos indissociáveis e que se influenciam mutuamente. Assim, ampliar a capacidade do sistema de saúde de produzir saúde e de se apresentar como espaço de realização profissional são tarefas inseparáveis, centrais nas agendas da PNH.

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação (BRASIL/PNH, 2001, p.5).

A PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação. Por definição, a PNH assenta-se em três princípios:

- Transversalidade - percebida como ampliação e aumento da capacidade de diálogo, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta no carisma e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos;
- Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde – entre a política e a clínica, percebidas como elementos essenciais, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde - que informam as práticas e conformam o campo das tecnalidades – como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro; e.
- Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos - aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios.

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Esta radicalidade afirma-se, mais ainda, na proposição da PNH ganhar a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Política Nacional de Humanização defende os princípios do Sistema Único de Saúde com a intenção garantir os direitos sociais, a equidade no acesso e a integralidade. Além disso, a humanização é uma das dimensões do SUS que em seus fundamentos luta pela defesa da vida, pela garantia dos valores democráticos, tendo como uma das suas linhas primordiais, a ética e o respeito à dimensão subjetiva. Dentro desta perspectiva, a humanização se funda em algo que vai além da expansão de uma maior qualificação para o sistema, tornando-se um dos marcos de luta de diversos atores sociais tendo em vista a melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS.

A PNH se propôs a tentar ,de forma objetiva ,o conceito de humanização através de ações praticas e possíveis e prezar pelos princípios próprios ao SUS, levando em importância

a descentralização, a integração entre equipes de profissionais, técnicos e usuários, o acesso universal à assistência e promover o protagonismo e a autonomia de todos os sujeitos envolvidos: individuais e coletivos.

De acordo com o discurso oficial, a elaboração da PNH remonta a uma pesquisa de satisfação realizada com usuários do SUS pelo Ministério da Saúde, na qual teria sido verificado que o avanço científico e tecnológico não vinha sendo acompanhado por um atendimento humanizado. Nessa ótica o objetivo do MS com a criação referida política foi de estabelecer condições de melhoria do contato pessoal com o paciente para que estes sejam atendidos de forma humana e solidária. (BRASIL, 2004).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2006b, p. 18).

A PNH vem colaborar para que as ações de saúde aconteçam, de forma a garantir que os cidadãos, nesse processo, sejam abrigados em seus direitos e necessidades de saúde. O acolhimento implica num acesso adequado à rede de serviços, a ouvir o usuário com atenção, ao modo como é recebido e incluído em todas as unidades da rede pública de saúde. Historicamente, o acolhimento aparecia, algumas vezes, em atitudes voluntárias, em profissionais reconhecidos como bondosos e, em outras, imbuído de conotações de “favor” (BRASIL, 2006).

3.1 PNH: Processo Histórico de Formulação e Elementos Conceituais

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu como seus objetivos a diminuição das desigualdades sociais, a promoção do bem de todos e a edificação de uma sociedade solidária. Nesse contexto, a garantia da saúde sugere garantir o acesso igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base nestes princípios, para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS) justamente por ter sido formulado para unificar todos os subsistemas existentes até então. Esse modelo de prestação de serviços de saúde, no Brasil, nasceu do movimento da Reforma Sanitária, produto de um processo histórico aliado a outros movimentos sociais na luta contra a ditadura, em resistência à privatização da saúde e em concordância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. Nesse sentido, houve um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorizasse ações de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Benevides, 2005).

O Ministério da Saúde após perceber um número significativo de reclamações dos usuários com relação aos maus tratos nas unidades hospitalares teve a idéia de reunir profissionais do âmbito da saúde para elaborar uma proposta de trabalho voltada para a humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Tais profissionais fizeram parte de um Comitê Técnico que elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH) voltada especificamente para a humanização hospitalar dos serviços públicos de saúde, sendo fruto de discussões entre os diversos atores sociais que atuam no sistema de saúde, o que fez surgir o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar- PNHAH em 2000.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tem com objetivo promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil, através da melhora do contato entre profissionais de saúde e usuários, entre os próprios profissionais e entre a unidade hospitalar e a comunidade para garantir o bom funcionamento do SUS. O PNHAH apresenta uma direção global para os planos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar. Sua fundamental função é excitar a criação e a manutenção permanente de espaços de diálogo entre esses vários setores de atendimento da

instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade.

O Programa ressalta a imprescindível articulação entre gestores Municipais e Estaduais e destes com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

O PNHAH lembra a comunicação como fator efetivo para a humanização da assistência, comunicação no sentido do estabelecimento de um diálogo que dê lugar à palavra do usuário e do profissional de saúde. A outra ênfase do Programa incide sobre a necessidade de se estabelecer relações de solidariedade entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

Em 2003, o PNHAH deu espaço à Política Nacional de Humanização (PNH) fruto de uma discussão entre técnicos, gestores e profissionais de saúde interessados em fazer progredir os princípios do SUS de acesso universal, integralidade da atenção, equidade na gestão, segundo as necessidades de saúde da população brasileira. Por outro se coloca como ator principal no debate cooperando para a consecução deste objetivo fazendo propostas voltadas para as mudanças dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços são operadas pelos gestores, trabalhadores e usuários.. De acordo com seus formuladores, o termo política foi intencionalmente utilizado em lugar de programa, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede. Para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser percebida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que atue diretamente em todo o SUS.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Se tratando da formulação da PNH é complacente identificar os sujeitos que se articularam na formulação que viria a ser o programa de ações da Política. Além da mídia, que junto aos beneficiários, profissionais e pesquisadores de saúde possibilitou debates em nível nacional e internacional a cerca do tema humanização na saúde. BENEVIDES E PASSOS (2005), respectivamente diretora e consultora da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde à época da formulação da Política, comentaram suas participações ativas na construção da dimensão pública da humanização da saúde, atividades essa que os mesmos afirmam ter se tornado possível após uma defesa persistente da priorização do tema na agenda política governamental.

De acordo com CAMPOS (2004), a construção da PNH centrou-se no objetivo de afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso, padrão esse que obedece à noção de integralidade e da dimensão humana dos direitos enquanto previstos e garantidos legalmente. Ao se intitular “HumanizaSUS”, a política então formulada representa a tentativa de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano de toda e qualquer prática de atenção e gestão da saúde pública, centrada na perspectiva de uma assistência comprometida com a qualidade de vida, qualificação de práticas e acesso com acolhimento responsabilidade enquanto ao vínculo valorização dos trabalhadores e usuários.

Benevides & Passos (2005) destacam que a humanização, muitas vezes, se expressa através de ações fragmentadas. Seu sentido pode ser pertinente ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização precisa está vinculada aos princípios defendidos pelo SUS. Enquanto desafio conceitual, a PNH está implicada no campo da política pública de saúde, não sendo um princípio ou um programa, pois aposta em outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, alterando os modos de fazer, de trabalhar e de produzir na esfera da saúde.

A humanização se desenvolve enquanto Política Nacional nas unidades de saúde estando associada à prestação do cuidado, incluindo categorias essenciais, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade nos processos de atenção.

A humanização que se constrói enquanto uma política e vem se concretizando no interior dos hospitais é parte de um contíguo de ações que foram consolidadas através de

aquisições desbravadoras de Secretarias Municipais de Saúde e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde ao lançar inicialmente o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar.

As políticas de saúde no Brasil sempre foram perpassadas por um alto grau de concentração, ênfase na atenção curativa e centrada na lógica da prestação do cuidado vinculada ao modelo de seguro social. O movimento de Reforma Sanitária e a consolidação do Sistema Único de Saúde- SUS foi uma conquista fundamental para a transformação estrutural do sistema de saúde. É óbvio que a respectiva conquista foi fruto da participação e luta política da classe trabalhadora, dos Movimentos Sociais e de instâncias representativas das Universidades, entre outros.

3.2 A PNH e seus Dispositivos Institucionais

A política de humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. (FILHO, 2007)

Construir a PNH como política pública é construir uma política que é para todos e de qualquer um, uma política que convoca trabalhadores, usuários, gestores para trabalhar em prol da saúde coletiva e que altera as relações de poder ao propor a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A PNH, a partir de seus princípios e considerações centrais: transversalidade, rede e grupalidade atuam no sentido da valorização dos diferentes sujeitos e sua dimensão subjetiva, instiga a autonomia e o protagonismo destes, bem como o fortalecimento do trabalho em equipe e o grau de corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva, firmando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. PNH utiliza dispositivos compreendidos como modos de fazer, que são postos a funcionar envolvendo os coletivos rumo a transformações nos modelos assistenciais e gerenciais vigentes.

Cartilhas ⁷ publicadas pelo Ministério da Saúde ressaltam os seguintes dispositivos como ferramentas para o desenvolvimento de ações de humanização.

1. Acolhimento com classificação de risco: modo de operar os processos de trabalho, orientando para um bom relacionamento entre todos que participam do processo de promoção da saúde. Deve fazê-lo com base na postura ética, compartilhamento de saberes e comunicação adequada entre os atores envolvidos. Neste sentido, a PNH propõe ferramentas como fluxogramas, protocolos e agendamentos.
2. Equipes de Referência e de Apoio Matricial: arranjo organizacional que busca redesenhar o poder nas instituições quanto à assistência aos usuários,

⁷ Consultar cartilhas que tratam da temática da humanização em saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 29 nov 2012

que hoje segue de forma fragmentada, propondo um trabalho interdisciplinar. O apoio matricial é um modo dinâmico e participativo que funciona como retaguarda especializada para equipes e demais trabalhadores.

3. Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: são condutas terapêuticas ofertadas ao usuário não apenas focadas no processo de doença, mas sim compreendendo o universo no qual o sujeito está inserido; são articuladas ações interdisciplinares e o apoio matricial pode ser acionado quando necessário.
4. Projetos de Construção Coletiva de Ambiência: refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Citam-se como exemplos iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças.
5. Colegiados de Gestão: viabiliza a participação dos trabalhadores junto à gestão em relação à tomada de decisões e discussão sobre os processos de trabalho.
6. Programa de Formação em Saúde e Trabalho: propõe atividades pautadas no paradigma da educação permanente, uma nova relação entre os trabalhadores de saúde, havendo encontros e diálogos críticos entre o saber e a prática por meio de reuniões de equipe, pesquisa, atividades de análise. A educação permanente parte do princípio de que as práticas educativas devem envolver conhecimento, participação, valores, relações de poder, formas de organização do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho.
7. Sistemas de Escuta Qualificada: é uma ferramenta gerencial utilizada pelos trabalhadores e usuários, que identifica problemas, aponta críticas e atua como facilitadora nas relações.
8. Visita aberta e direito a acompanhante: os serviços devem dispor de espaços para participação e permanência do familiar junto ao usuário.
9. Gerência de porta aberta: tem o intuito de aumentar o grau de comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários por intermédio de ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação.

10. Câmara Técnica em Humanização: grupos de trabalho que estudam, discutem, definem e avaliam ações de humanização a partir dos dispositivos da PNH.
11. Grupo de Trabalho em Humanização (GTH): espaço coletivo organizado formado por diversos profissionais, com a premissa de implantar, estimular e fortalecer ações voltadas para a valorização do ser humano em um serviço de saúde.

Sobre os dispositivos da PNH, é necessário reafirmar, resultam de princípios, método e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um aglomerado coeso. Sendo assim, sua implantação e materialização impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que por si só não garantem ação transformadora. Riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída impõem a ativação de processos de vigilância pelos coletivos sobre a implementação dos dispositivos e exercício crítico do método da PNH e de seus princípios.

3.3 PNH: Sua Viabilidade nas Instituições Hospitalares

A PNH como política pública do SUS, adota diretrizes e dispositivos visando à transformação do modelo de atenção e gestão em saúde. A Humanização das práticas de saúde nos hospitais é algo desafiador, pois remete a diversas dimensões de atuação nos processos de trabalho cotidiano. O desenvolvimento das ações dos profissionais de saúde tem como princípios básicos o respeito à singularidade das instituições hospitalares e a integração e estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o Sistema de Saúde - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições hospitalares. (BRASIL, 2005).

A intercomunicação dessas veemências tem-se demonstrado tão essencial para a multiplicação das ações propostas quanto para a consolidação de bases próprias de serviço humanizado em cada um dos hospitais. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) oferece uma diretriz plena que abrange os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) oferece uma diretriz global que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS) traz no seu conceito de humanização a conferência de valor aos diferentes sujeitos implicado na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, tendo como instrumentos norteadores a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva na gestão.

Apesar de todo o esforço, e de todos os instrumentos e estratégias usados pela PNH ainda hoje é possível encontrar unidades hospitalares onde não existe nenhum resquício de humanização. Unidades onde os usuários são tratados com descaso por profissionais da área de saúde e afins.

É preciso entender que o processo de humanização vai muito além da PNH, e que se hoje existem desafios é mais um motivo para defendermos e lutarmos pela sua efetivação. Entendo que a humanização da saúde é um processo longo, dinâmico, árduo, cheio de desafios e dilemas. É algo novo pra a sociedade brasileira, é transformação, e isso sempre é mais difícil de ser efetivado, por se ter medo do novo. É através do tempo que as pessoas vão se sentirem seguras, para que as dificuldades possam ser superadas, para que os sujeitos possam olhar a realidade de forma diferente, refletindo sobre suas ações de modo que possa contribuir para a transformação da sociedade de forma positiva, na revisão de valores, conceitos e condutas, para que a utopia seja alcançada e a humanização se torne realidade.

A PNH apresenta como “marcas específicas”: melhoria do acesso através da redução de filas e do tempo de espera; identificação do profissional responsável pelo acompanhamento daquele usuário; respeito aos direitos estabelecidos na “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”; e gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Quanto à “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS” esta foi lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, dispondo sobre os direitos e deveres do cidadão e dos prestadores de serviços públicos, inclusive do Estado, de acordo com o critério de respeito à cidadania. O documento foi elaborado em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com a contribuição da equipe técnica da Política Nacional de Humanização.

A carta baseia-se em seis princípios de cidadania considerados “básicos”, entre eles o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. A questão da relação entre profissionais da saúde e pacientes/usuários/clientes constitui outro tema corrente na literatura humanização da saúde. Uma parte significativa dessa literatura foi elaborada por trabalhadores da área da saúde e abarca uma pluralidade de concepções sobre a humanização. Por serem recentes as iniciativas governamentais referentes à humanização, existem poucos trabalhos que enfocam as políticas públicas de humanização da saúde (DESLANDES, 2004; 2006, FORTES, 2004).

A proposta da Política Nacional de Humanização não deixou de incluir a realização de um atendimento que tenha como base, a relação humanizada e acolhedora com os usuários. O

fundamental é produzir um processo de assistência com a criação do vínculo, visando a autonomização do sujeito. Criar vínculos significa a responsabilidade e o compromisso da equipe com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam. A possibilidade do vínculo rompe com a relação burocratizada e impessoal com os usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004:10-11) a implementação da PNH nos serviços de saúde ocorre através de estratégias gerais visando a sua institucionalização em vários eixos:

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos planos Estaduais e Municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos Conselhos de Saúde correspondentes;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se- por meio de ação de mídia e discurso social amplo- sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e intersectorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores;
- 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 repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH;
- No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o

monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Quanto à estratégia de implantação, propõe a criação de Grupos de Trabalho de Humanização no Ministério da Saúde e nas Secretarias de Saúde – Estaduais e Municipais, e nos serviços de saúde; desenvolvimento da página virtual HUMANIZASUS enquanto instrumento de divulgação e informação voltado para os gestores, profissionais e usuários; instituição do Prêmio HUMANIZASUS – David Capistrano⁸ que contempla ações já implantadas com êxito e projetos em fase de implantação.

Essas estratégias visam à realização dos princípios e dos valores (já especificados) da PNH estando relacionadas à ampliação da humanização na rede de assistência à saúde, criando novas ações e constituindo-se como uma vertente orgânica do SUS.

Em contraposição à própria PNH, existe uma tendência no interior das organizações de saúde, caracterizada pela concepção do gestor em relação à humanização, percebendo a política enquanto uma estratégia de efetivar a qualidade total⁹. A qualidade total tornou-se um dos métodos de gestão da força de trabalho em saúde. A humanização constitui-se em uma política que não visa se articular com propostas privatizantes no interior da saúde pública (por

⁸ O Ministério da Saúde, através da Portaria 2406/GM de 19 de dezembro de 2003 instituiu o Premio da Política Nacional de Humanização David Capistrano com o objetivo de estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover o reconhecimento daquelas em andamento. Seu público alvo foram as instituições que integram o SUS e que desenvolvem ações voltadas para humanização da atenção e da gestão de acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH.

⁹ A adoção formal dos conceitos da "Gestão pela Qualidade" no setor público brasileiro teve início com a criação, em 1991, do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Configurou-se como o Programa 2.057 do Plano Plurianual 2000-2003 (<http://qualidade.planejamento.gov.br>). O Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde colocou-se como um núcleo de propagação e organização desse movimento gerencial nos diferentes níveis governamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse expressivo movimento de "Gestão pela Qualidade Total", também presente na área da saúde pública, tem convivido, por vezes de forma complementar e em outras em disputa, com as proposições voltadas para a humanização dos serviços. De fato, algumas características do movimento humanizador o impulsionam para uma possível diferenciação com o ideal da "Qualidade Total". O movimento pela humanização é, em última instância, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional que diga respeito, apenas, à lógica tecno-burocrática e à busca obtusa pelo desempenho produtivo.

exemplo: a implementação da qualidade total nas instituições de saúde). A política de humanização vem buscando solidificar os princípios do SUS:

A Política Nacional de Humanização é um avanço, pois “a mesma geração da Reforma Sanitária (ou quase), está discutindo a humanização com a mesma dedicação, compromisso e entusiasmo com que vimos discutindo a questão da universalidade e equidade na organização do sistema de saúde (...) O que para muitos parecia ser um conjunto de preocupações abstratas, chamadas de filosóficas num sentido que beirava o pejorativo, mostra aqui claramente sua relevância e vitalidade práticas (...). (SÁ, 2005:66-67).

A proposta da humanização da saúde deverá se entrelaçar com algumas dimensões essenciais necessárias à prestação da assistência, tais como: condições ambientais, físicas, materiais, tecnológicas para a realização do trabalho em saúde; sistema de informação, organização do processo de trabalho; democratização dos processos decisórios, incluindo a existência de mecanismos de participação popular.

A humanização vem sendo desenvolvida enquanto uma Política Nacional nas unidades de saúde estando associada à prestação do cuidado, incluindo categorias essenciais, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade nos processos de atenção.

4 A Proposta de Implantação da PNH no Município de Santo Amaro: Estudo de Caso em uma Instituição Hospitalar

Neste tópico, tratarei das discussões relacionadas ao processo da pesquisa de campo, iniciando a reflexão apresentando de forma breve o Município de Santo Amaro e suas especificidades no que tange ao setor saúde. Ainda, foi sinalizado o percurso metodológico realizado para a obtenção dos principais resultados e os desafios estabelecidos no campo da produção de conhecimento.

4.1- Conhecendo Santo Amaro da Purificação

4.1.1 A História

A cidade de Santo Amaro surgiu no ano de 1557, quando foi povoada por colonizadores, que ao perceberem a fertilidade da terra, travaram diversas lutas para expulsar os índios Abatirás, primeiros habitantes da região. Esta disputa ficou conhecida como a

Guerra do Paraguaçu, movida por Mém de Sá, que, ao dizimar os índios, outorgou a sesmaria a seu filho Francisco de Sá, sendo utilizada para plantio da cana-de-açúcar. Ao morrer, as terras foram doadas a sua irmã, Felipa de Sá, que por sua vez, não deixou herdeiros e as terras passaram ao domínio dos padres jesuítas. Em 1878, Santo Amaro continha 129 engenhos de açúcar, (92 movidos a vapor), sendo sua agricultura mantida pelo trabalho escravo. Também se destacou na região a produção de fumo e farinha (Paim, 1994 apud Brasil, 2003).

A morte trágica de um jesuíta causou a interdição da capela e a mudança dos colonos para as margens do Subaé, onde os padres Beneditinos construíram a nova capela Santo Amaro. Com a criação da freguesia de Nossa Senhora da Purificação, o local ficou conhecido como Santo Amaro da Purificação (História das Cidades, 2008).

A cidade expandiu-se pelo Vale do rio, sendo elevada à categoria de vila em 1727, e, com a Lei Provincial nº 43 de 13 de março de 1837, foi elevada à categoria de cidade.

4.1.2 Características Locais

O município possui uma área de 604 km², situado no sul do recôncavo baiano, a uma distância de 73 km de Salvador. No seu entorno estão localizadas as vilas de Acupe, Campinhos e Saubara. Sua população é estimada em 58.028 habitantes, sendo 13.909 da zona rural e possui a taxa de alfabetização para o conjunto do país igual a 83,2% (IBGE, 2000, 2007a).

Segundo os dados apresentados no relatório da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM (Brasil, 2003), no ano 2000, o rendimento mediano dos chefes de domicílio no Brasil era de R\$ 350,00, enquanto em Santo Amaro o valor observado foi de apenas R\$ 151,00 e a taxa de pobreza foi mais elevada do que a observada para o conjunto do Estado.

Com relação à produção econômica, a região cultivava principalmente a cana de açúcar, possuindo várias usinas de beneficiamento até no ano de 1961, quando a atividade declinou, surgindo novos investimentos, como o ramo de metalurgia e a instalação de fábricas de papel.

4.1.3 O Legado da Fábrica

De 1960 a 1993, a cidade de Santo Amaro foi vítima de uma das maiores contaminações por metais pesados do mundo, o que acarretou em diversos problemas para a população, até os dias atuais. Esta contaminação se deu por uma fundição primária de chumbo (COBRAC – Companhia Brasileira de Chumbo), subsidiária do grupo multinacional Peñarroya, que produzia anualmente 11.000 a 32.000 toneladas de chumbo, poluindo intensamente a cidade (Carvalho et al, 2003).

A COBRAC produziu e depositou aleatoriamente 490.000 toneladas de escória contaminada com metais pesados, sobretudo o chumbo e cádmio. Apenas nos primeiros 21 anos de funcionamento, a fábrica já havia lançado 400 toneladas de cádmio e quantidades ainda maiores de chumbo para o ambiente. Para agravar ainda mais a situação, esta escória foi utilizada pela população de baixo poder aquisitivo, residente em torno da indústria, para pavimentar os quintais e fundações das casas e também pela prefeitura, para pavimentar logradouros públicos. A população utilizava-se ainda dos filtros da chaminé como tapetes ou colchas em suas residências (Brasil, 2003; Anjos & Sánchez, 2001; Tavares & Carvalho, 1992).

Grande quantidade de escória foi depositada sobre o solo, a céu aberto, ameaçando as águas subterrâneas e o rio Subaé, que atravessa o terreno da empresa. Quanto às emissões de metais pesados para o rio por meio de efluentes líquidos, não há dados precisos. Há estudos que evidenciam a contaminação do rio Subaé por chumbo e cádmio, provenientes da indústria (Anjos & Sánchez, 2001; Reis, 1975 apud Brasil, 2003; Carvalho et al, 2003).

Ainda se pode encontrar uma grossa camada de escória sob os paralelepípedos nas ruas, que às vezes se localizam circundando os canos de abastecimento de água das residências. Em 1998, o Bahia Azul, um amplo programa do governo do Estado, realizou obras de saneamento básico na região, escavando as ruas próximas à fundição. Esta ação expôs a camada de escória, deixada nas portas das residências, aumentando o risco de contaminação da população (Carvalho et al, 2003).

Em 1961, ocorreu a primeira solicitação para o fechamento da fábrica, devido à infração ao Decreto n.º 50.877, de 29 de junho de 1961, referente à poluição dos cursos d'água. Não há procedimentos legais para localização, implantação e operação inicial, arquivados nos órgãos ambientais (Brasil, 2003).

Em 1980, o CEPRAM (Conselho Estadual de Proteção Ambiental), através de decreto, estabeleceu um elenco de medidas para controle da poluição ambiental, além de medidas de saúde de caráter imediato e fixou o limite de produção anual de chumbo refinado em 22.000 toneladas por ano, o que acarretou na redução de 50% da produção (Anjos & Sánchez, 2001; Brasil, 2003).

No ano de 1987, a Companhia Adubos Trevos, associada à Companhia Paulista de Metais, adquiriram o controle acionário da empresa, sendo incorporada a Plumbum Mineração e Metalurgia S/A em 1989 (Augusto & Silvestre, 2005).

Em 1991, o CRA (Centro de Recursos Ambientais) emitiu um parecer a Plumbum com o dever de cumprir 27 condicionantes para liberação da licença de operação. Porém estes não foram atendidos, levando a Plumbum encerrar suas atividades em Santo Amaro, em 1993 (Brasil, 2003). “O Ministério Público do Estado da Bahia atualmente move ações contra a empresa poluidora, junto à Comarca de Santo Amaro da Purificação, exigindo reparação do seu legado de poluição ambiental. Esse passivo inclui 230 trabalhadores desempregados e cerca de 500.000 toneladas de resíduo industrial sólido (escória) espalhadas pela área da empresa e pela cidade.” (Carvalho et al, 2003).

4.2 Caracterização da Rede de Atenção à Saúde em Santo Amaro

Segundo Mendes (2009) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

O objetivo das Redes de Atenção à Saúde é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

As redes de atenção à saúde são compostas de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

- A população- Não é possível estruturar uma rede de atenção à saúde sem uma população inscrita. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e investimentos – PDRI. A região de saúde deve ser bem definida baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.
- Estrutura operacional- A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

- Modelo de Atenção a Saúde - é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de extrema piora das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas-, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

É recomendada a estruturação da rede de atenção conforme estabelecido nos instrumentos legais do SUS para alcançar a maior cobertura populacional possível.

A capacidade pública de serviços de saúde instalada no município (unidades, serviços e localização) até maio de 2008 compreende:

Oito Unidades de Saúde da Família realizam atendimento nos programas prioritários da atenção básica: saúde da mulher; saúde da criança; saúde bucal; hipertensão; diabetes; hanseníase e tuberculose. Estas unidades prestam atendimento à comunidade de sua área adscrita.

Atualmente oito unidades de Saúde da Família encontram-se em funcionamento:

- *Dr. Antônio Balbino – Caixa D'Água;*
- *Dra. Elvira de Araújo Queiroz - Sacramento;*
- *Dr. Ranulpho Paranhos – Trapiche;*
- *Dr. José Silveira - Sinimbu;*
- *Dr. Clóvis da Silva Lopes – São Braz;*
- *Dr. Clodomir Azevedo Lopes - Pedras;*
- *Edival Barreto – Bomfim e*

- *Valter de Figueiredo – Sítio Camaçari.*
- *Estão em processo de cadastramento no Ministério da Saúde mais 3 unidades: 02 no distrito de Acupe e 01 na sede do município (Derba).*

Além da existência de Três Unidades Básicas de Saúde em pleno funcionamento:

- *Posto de Saúde de Urupi – Nova Conquista; Realiza consultas em clínica médica, curativos, dispensação e administração de medicamentos.*
- *Dr. Aníbal Senna – Km 25; Realiza consultas em clínica médica, curativos, dispensação e administração de medicamentos.*
- *Dr. Luís Torres – Itapema; Realiza consultas em clínica médica e atividades de enfermagem – nebulização, curativos, aplicação de injeções.*

A rede ainda compreende:

- *Um Pronto Atendimento: A unidade Dr. José Júlio de Magalhães Porto – Acupe; Funciona com regime de pronto-atendimento com serviço ambulatorial e de urgência/emergência e conta com serviço de ambulância nas 24 horas. Além disso, realiza imunização, curativos, procedimentos odontológicos e administração de medicamentos.*
- *Uma Unidade Mista: O Centro de Saúde Régis Pacheco – Centro; Realiza consultas em clínica médica, imunização, curativos, pré-natal, planejamento familiar, programa de controle de tuberculose e hanseníase, além de consultas em especialidades: endocrinologia, dermatologia, urologia e pediatria e psiquiatria.*

No município de Santo Amaro também existem instituições filantrópicas e privadas credenciadas pelo SUS para atender a demanda assistencial de hospitalizações, ambulatorial em diferentes especialidades e realização de exames diagnósticos conforme descrição a seguir:

• **Hospital Nossa Senhora da Natividade (universo do presente estudo)** – Realiza atendimentos em urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, urologia, angiologia, cirurgia geral, dermatologia, neurologia, otorrinolaringologia e pneumologia. Disponibiliza leitos credenciados ao SUS: leitos para emergência, clínica cirúrgica e clínica médica.

• **Hospital Maternidade de Santo Amaro**- Disponibiliza leitos em obstetrícia, clínica cirúrgica e laboratório. Possui ambulatório de diversas especialidades, a maior parte não conveniada ao SUS.

• **Hospital Nossa Senhora da Vitória** –Contratado pela SMS oferece no seu ambulatório procedimentos básicos, atendimento de urgência, especialidades, laboratorial, ultrassonografia e radiologia. Disponibiliza leitos em clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e obstétrica. Oferece ainda atendimento odontológico à população local.

• **Hospital Octávio Pedreira** – Centro; Conveniado ao SUS, realiza atendimentos em urgência e emergência e em especialidades: oftalmologia, cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, pediatria. Disponibiliza leitos em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia e serviço de mamografia.

• **Clínica Ortopédica de Santo Amaro** – Centro; Conveniada ao SUS, oferece atendimento em ortopedia; estão credenciados serviços de radiologia e ambulatório de ortopedia..

• *O município dispõe de serviços de apoio diagnóstico credenciado pelo SUS nos laboratórios de Patologia Clínica LACLISA e Oswaldo Cruz.*

Neste sentido foi importante entender o funcionamento da rede de atenção para a compreensão dos fluxos e processos de gestão e atenção à saúde nas suas várias modalidades de prestação em serviços localizadas na esfera da saúde pública em Santo Amaro.

4.3- O Percurso Metodológico

Este estudo metodologicamente possui uma dimensão qualitativa, baseando-se no estudo de caso. Segundo Gil (1991), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo exaustivo e em profundidade de poucos objetos, de forma a permitir conhecimento amplo e específico do mesmo; tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados, elegendo a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado para analisar os desafios e as possibilidades de implantação da PNH no âmbito da Santa Casa da Misericórdia de Santo Amaro, mantenedora do Hospital Nossa Senhora da Natividade, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, que presta serviços de saúde de urgência/emergência, há 230 anos a toda população Santoamarense e de cidades circunvizinhas, tendo como finalidade essencial o atendimento aos mais carentes, através do Sistema Único de Saúde - SUS, totalizando mais de 90% dos serviços prestados por nossa Unidade. Esse fato tem contribuído de forma substancial para o agravamento da atual situação financeira da entidade. Atualmente a Santa Casa é administrada pela Fundação José Silveira

A Fundação José Silveira-FJS foi criada efetivamente em 1988, mas seu trabalho humanístico, social e de saúde já vem sendo feito desde 1937, com a criação do IBIT. A FJS é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, de natureza científico-cultural que objetiva, através de seus empreendimentos, alcançar os melhores padrões de qualidade para servir à comunidade.

Ao longo destes anos o Hospital Nossa Senhora da Natividade vem sentindo a necessidade de reformar sua área física, sempre com o objetivo de oferecer um melhor acolhimento, atendimento, tratamento e segurança para os seus pacientes, funcionários, colaboradores e, adequar-se aos requisitos técnicos exigidos pelo Ministério da Saúde. Além da necessidade de adequar-se e, dar acesso aos seus usuários de equipamentos médicos capazes de favorecer a resolutividade dos agravos à saúde, diminuindo assim a transferência para os Hospitais Gerais em Salvador, evitando assim a sobrecarga ainda maior, O Hospital Nossa Senhora da Natividade, apresenta hoje as seguintes características:

- **28 Leitos Cirúrgicos**
- **37 Leitos Clínicos**
- **05 Leitos de Pediatria**

- ***03 Salas de Cirurgia***

Dispõe dos seguintes serviços de apoio ao tratamento:

- ***Radiologia***
- ***Ambulatório especializado***
- ***Laboratório***
- ***Ultrassonografia***
- ***ECG (telemedicina)***

A escolha do objeto de discussão nessa pesquisa surgiu após ser atendida nessa unidade hospitalar e perceber a deficiência no atendimento aos usuários e a total falta de humanização do mesmo.

Segundo Chizzotti (2008) A pesquisa qualitativa é um método que trabalha com o universo de significados, crenças valores e atitudes levando em consideração o significado que os indivíduos dão as suas ações. Assim considera-se que na investigação qualitativa há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Sendo assim entender interação entre os profissionais e a unidade de saúde onde estão inseridos é de extrema importância para se compreender a forma de implantação da PNH. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

De acordo com Gil (1991), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo exaustivo e em profundidade de poucos objetos, de forma a permitir conhecimento amplo e específico do mesmo; tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados.

O autor acrescenta que “o delineamento se fundamenta na idéia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática e precisa” (GIL, 1991, p. 79).

Mas, de forma geral, o Estudo de Caso visa proporcionar certa vivência da realidade, tendo por base a discussão, a análise e a busca de solução de um determinado problema extraído da vida real. Em verdade, trata-se de uma estratégia metodológica de amplo uso,

quando se pretende responder às questões 'como' e 'por que' determinadas situações ou fenômenos ocorrem, principalmente quando se dispõe de poucas possibilidades de interferência ou de controle sobre os eventos estudados.

É importante destacar que os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde desta Unidade (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e demais profissionais atuantes na assistência à saúde). Foram utilizados roteiros de entrevistas semi-estruturados para a obtenção, processamento e análise dos dados coletados no período de outubro a novembro de 2012.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Conclui o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152). Para análise e processamento dos dados foi utilizado o software SPSS com vistas à confecção dos gráficos. Foram encontradas diversas dificuldades para conseguir marcar horários para a realização das entrevistas com os profissionais da saúde na unidade, tendo em vista que o cotidiano dos mesmos é muito corrido e atribulado. No final as entrevistas foram aplicadas .

4.4 A Pesquisa de Campo

As entrevistas foram realizadas no período de outubro-novembro de 2012 no Hospital Nossa Senhora da Natividade mais conhecido como Santa Casa de Misericórdia, utilizando a aplicação de roteiros de entrevistas semi-estruturados com os profissionais de saúde a seguir: *uma Enfermeira, uma Assistente Social, uma Técnica de Enfermagem, um Médico e uma representante da Direção da Unidade que tem sua formação profissional em Enfermagem.* No roteiro de entrevista semi-estruturado existem 8 questões distribuídas entre múltiplas escolhas e questões abertas.

O cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. Essa compreensão tem estado presente nas produções de pesquisadores que se têm voltado para a análise dos processos de formação e das políticas de formação dos profissionais de saúde. Nesta direção, vários autores têm sinalizado que as políticas de formação dos profissionais de saúde implicam a apreensão da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, requerem ações de formação que se engendrem em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos.

Conforme apontam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43)

[...] a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

A pesquisa demonstrou que todos os sujeitos entrevistados já participaram de algum tipo de capacitação, especificamente na área da humanização em saúde, considerando sua importância no contexto da saúde.

Com relação à especificação dos cursos de capacitação que os entrevistados participaram, 20% relatam que realizaram cursos voltados para o estudo da Política Nacional de Humanização. A maioria dos entrevistados (60%) participou de cursos sobre acolhimento, que é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde¹⁰. O acolhimento além de se constituir em uma das diretrizes da PNH, atua como um importante dispositivo tecno-assistencial introduzindo uma modificação expressiva na relação e interação entre profissional de saúde e usuários dos serviços. Carvalho e Cunha (2006:860) com base no pensamento de Merhy (1997) acreditam que:

Acolher bem o usuário significa, entre outros, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias- saberes materiais e não materiais que procuram ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzir procedimentos eficazes, para que se produza saúde individual e coletiva.

Os demais 20% realizaram diversos tipos de cursos relacionados aos dispositivos institucionais da PNH. A origem do conceito de **dispositivo** está relacionada à análise institucional¹¹. Segundo Baremblytt dispositivo "*é uma montagem ou artifício produtor de*

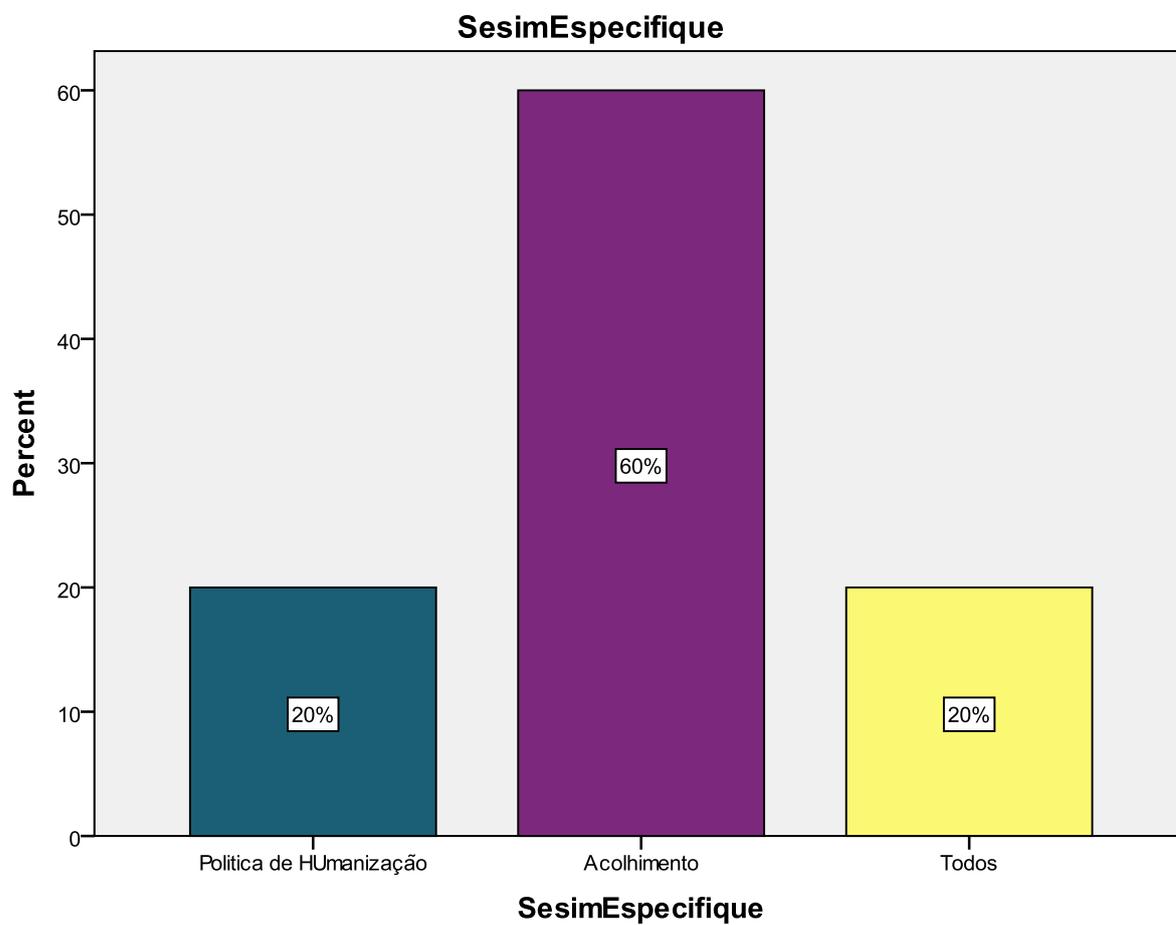
¹⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Acolhimento**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

¹¹ René Lourau, sociólogo francês que, em conjunto com outros estudiosos, dentre os quais George Lapassade e Félix Guatarri, criou o movimento institucionalista no final da década de 60, na França, desenvolveu um conceito de instituição que é interessante conhecer. A proposta da Análise Institucional (A.I.) é, propriamente, analisar as instituições, as quais se produzem historicamente e perpassam os nossos modos de vida/existência. Desse modo, pretende desnaturalizar algo que é dado, ou seja, dar visibilidade ao processo de constituição de uma certa realidade. O termo Instituição é entendido aqui como um sistema de normas e regras que produzem a vida dos indivíduos, atravessando todos os níveis dos agrupamentos humanos e fazendo parte de sua estrutura. Uma vez que se entende que uma Instituição é constituída pelos humanos em suas práticas cotidianas, podemos visualizar suas duas faces: a Instituída e a Instituinte. Por “Instituinte” entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política). (Altoé, 2004, p.47).

inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical." (Baremlitt, 1992 -p.151).

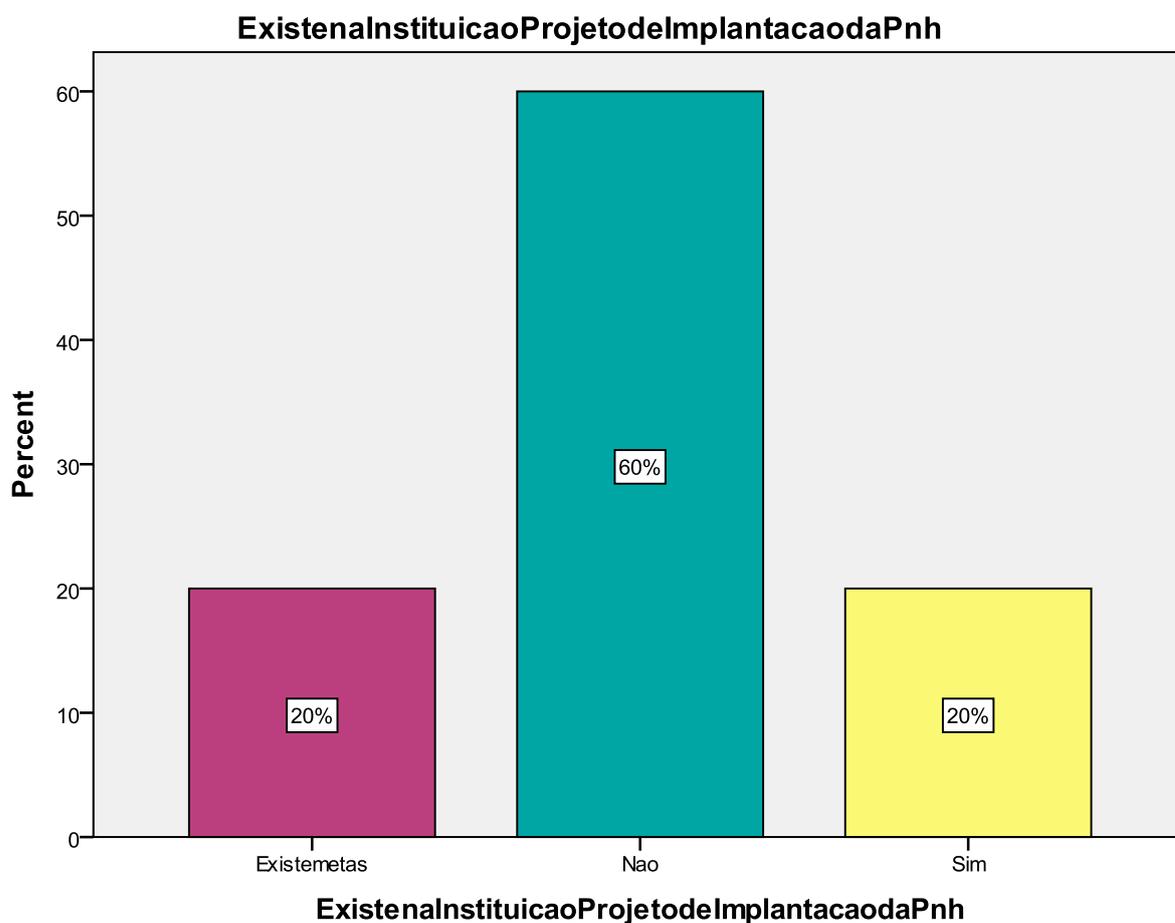
Os dispositivos são introduzidos em uma estrutura organizacional alterando a sua lógica de funcionamento. Além disso, são capazes de instaurar mudanças modificando a cultura institucional intervindo na realidade cotidiana dos serviços. Daí acredita-se no poder instituinte dos dispositivos por estabelecer inovações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Os principais dispositivos estudados para a elaboração desse estudo foram: Acolhimento com Classificação de Risco, Equipes de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular- PTS, Projetos de Construção Coletiva da Ambiência, Colegiado de Gestão, Contratos de Gestão, Sistemas de Escuta Qualificada para Usuários e Trabalhadores da Saúde: Gerência de Porta Aberta, Ouvidorias, Grupos Focais e Pesquisas de Satisfação, Projeto "Acolhendo os Familiares- Rede Social Participante": Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico, Programa de Formação em Saúde e Trabalho- PFST e Comunidade Ampliada de Pesquisa- CAP, Grupo de Trabalho da Humanização- GTH.

GRÁFICO 1-Especificação dos Cursos



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

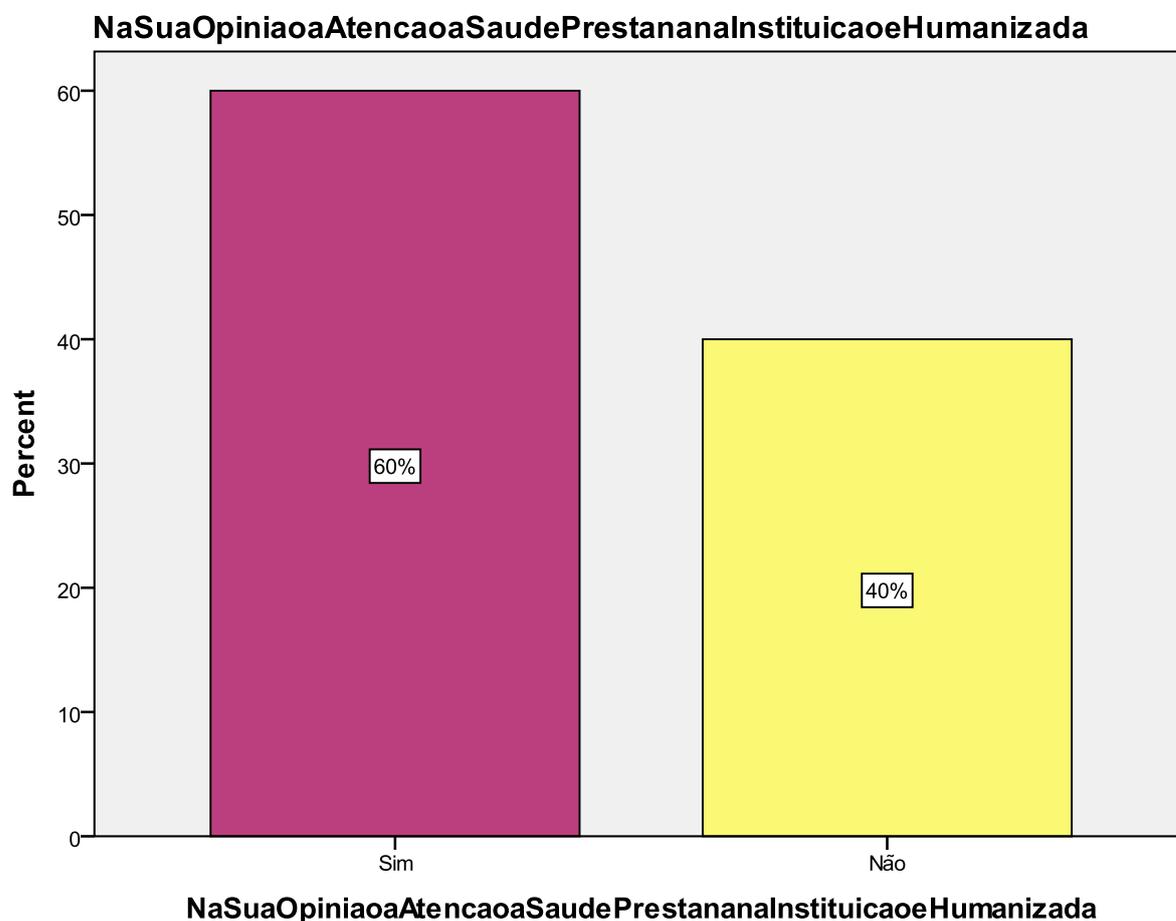
GRÁFICO 2-Existe na Instituição Projeto de Implantação da PNH



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

Nota-se que mesmo com todos os cursos e capacitações realizadas pelos trabalhadores entrevistados, nos deparamos com uma certa “resistência” e/ou ausência de estratégias que sejam capazes de produzir a implantação na PNH no âmbito do hospital. Com relação à existência de algum projeto de implantação da PNH na instituição, a maioria dos sujeitos (60%) disseram que não existia nenhum processo de implantação, 20% dos sujeitos relataram que sim, existe uma motivação para o projeto mas não foi especificado o conteúdo e os objetivos do mesmo. Os demais 20% disseram que existem metas e não projetos para implantar a humanização no interior do hospital.

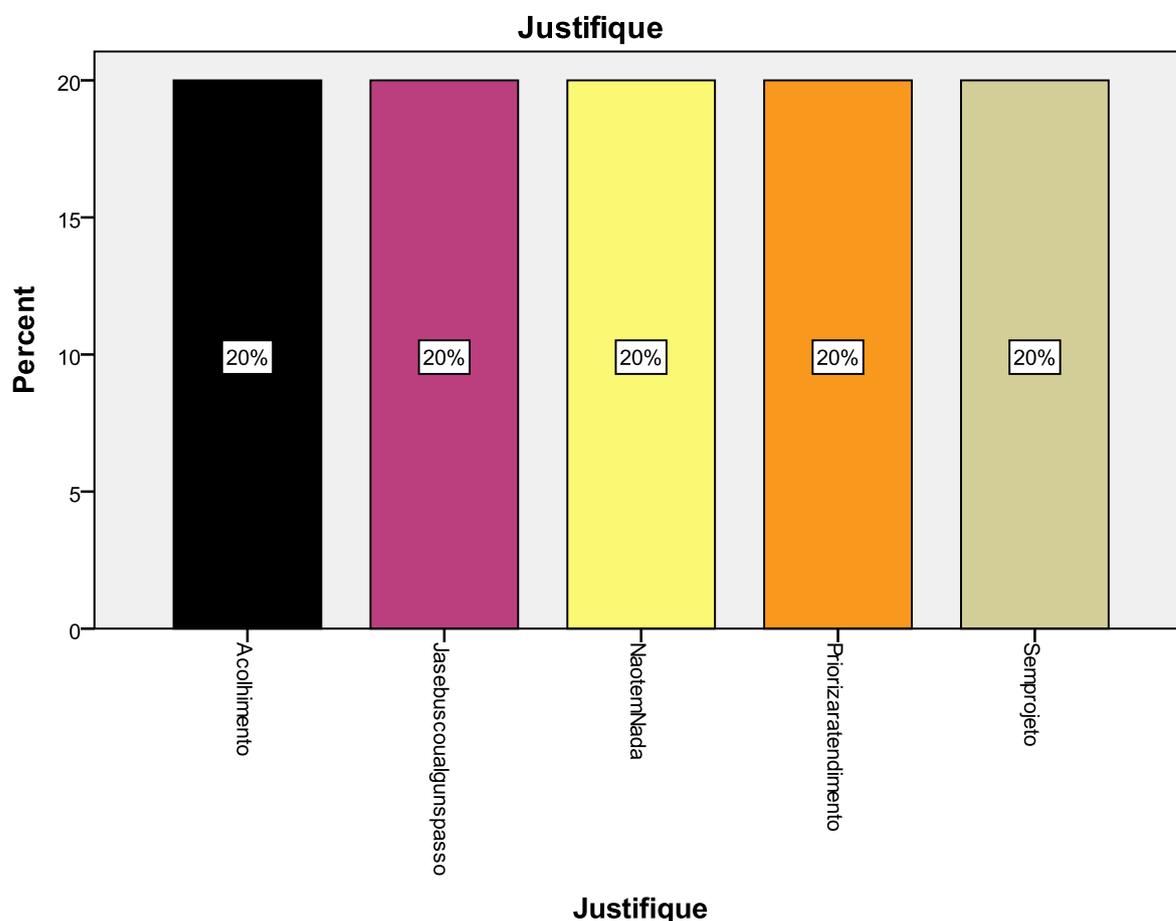
GRÁFICO 3-Na sua opinião a Atenção a Saúde Prestada na Instituição é Humanizada



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

A maioria dos entrevistados (60%) disseram que existe um atendimento humanizado na instituição, enquanto apenas 40% mencionaram que não existe esse tipo de atendimento. Com isso, percebe-se uma duplicidade de opiniões, revelando uma fragmentação no próprio processo de trabalho. Se por um lado, alguns acreditam na existência de uma atenção humanizada no ambiente hospitalar simultaneamente alguns profissionais não identificam práticas de humanização no interior da Unidade estudada.

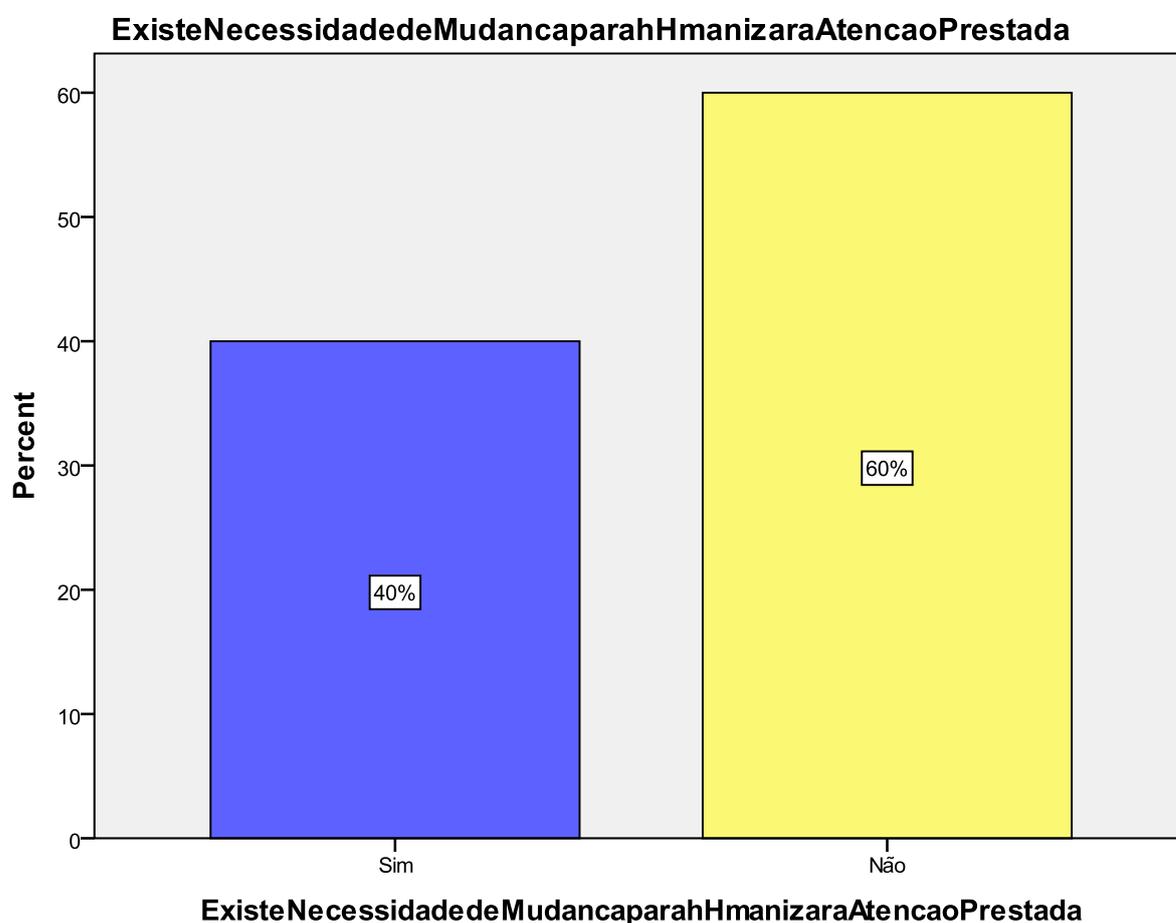
GRÁFICO 4 - Justificativa



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

Fazendo uma relação com o *gráfico anterior (gráfico 3)*, as justificativas expressam que a existência de práticas humanizadas estão caracterizadas pelo acolhimento, priorização no atendimento e que já se buscou algumas estratégias para um atendimento humanizado. 20% dos sujeitos entrevistados pontuam que existe acolhimento, 20% disseram que já foram buscados alguns passos para chegar ao atendimento humanizado, 20% diz que não existe nada de humanização, 20% revelam que existe priorização no atendimento e os demais 20% apontam que não existe projeto de humanização.

GRÁFICO 5-Existe Necessidade de mudança para humanizar a atenção prestada



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

Sobre a necessidade de mudança para humanizar a atenção prestada na Instituição à maioria (60%) dos entrevistados dizem que mudanças não são necessárias. Enquanto 20% relata que sim, que é preciso mudar o atendimento e humanizá-lo.

A formação em saúde e o trabalho em saúde devem incluir em seu conteúdo, novas formas de agir nos espaços das instituições hospitalares, reconhecendo que a partir do cotidiano ocorre o surgimento de experiências inovadoras e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

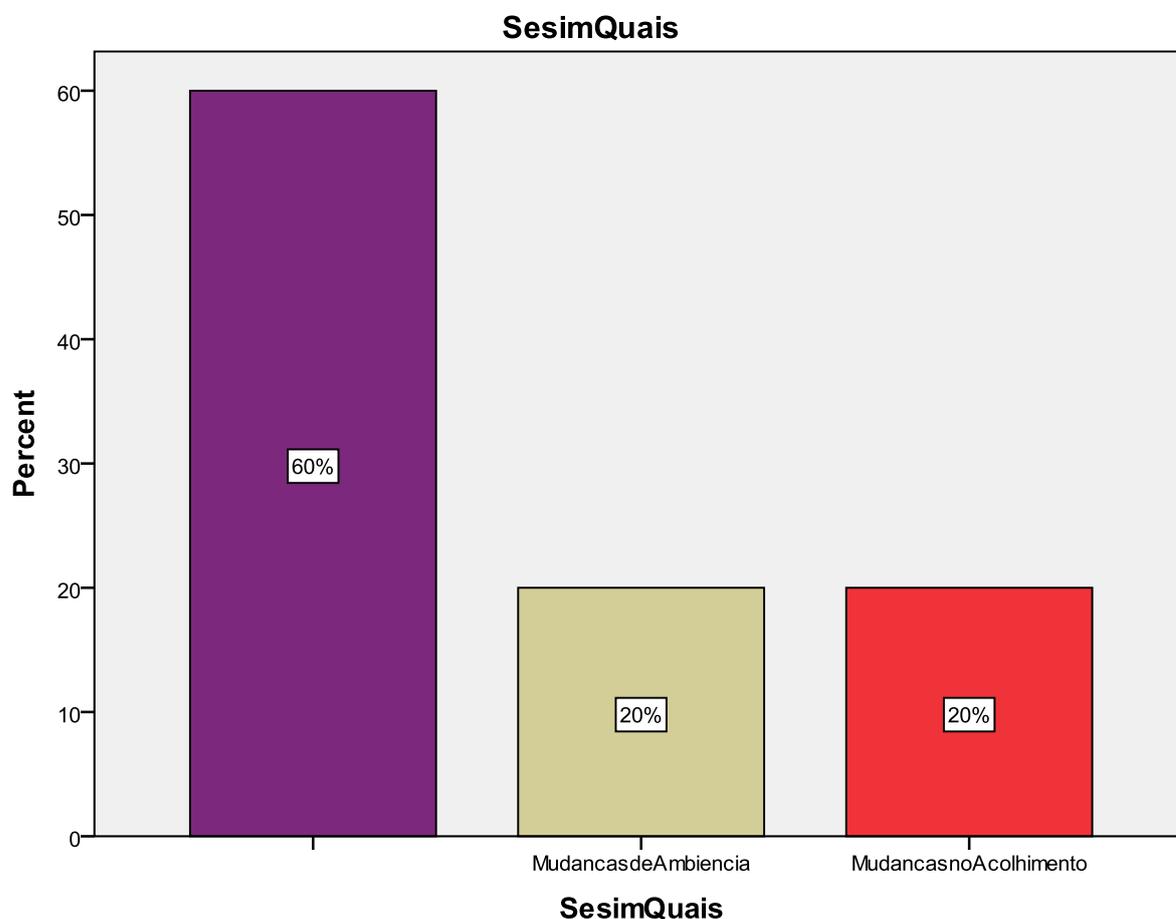
Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido, como estranhado e produtor de sofrimento e desgaste. Os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente

“instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas. Muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde. Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz como consequência o maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

Hennington (2008: 556) já menciona a preocupação da PNH com a capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, remetendo-se às condições de trabalho, incluindo a discussão dos níveis salariais, demanda pela educação permanente, estímulo ao trabalho em equipe e etc...

Considera-se que a PNH parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. (Filho, 2007:1000).

GRÁFICO 6 Se sim quais



Fonte: Dados Coletados junto aos profissionais de saúde do Hospital Nossa Senhora da Natividade no período de outubro-novembro de 2012.

Sobre a justificativa da necessidade na mudança no atendimento, a maioria (60%) pontua que não há necessidade de mudança, enquanto 20% mencionam que deve ocorrer mudanças na Ambiência hospitalar, fazendo referência ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço¹² e os demais 20% disseram que deve existir mudanças no acolhimento aos usuários.

¹² A ambiência possui uma dupla dimensão: constitui-se ao mesmo tempo enquanto diretriz e dispositivo da PNH. Ter ambiência significa possuir mais do que um espaço físico adequado e adaptado às necessidades de saúde. A ambiência, como já foi sinalizado anteriormente, pressupõe a caracterização do espaço físico como um espaço social e profissional, onde são estabelecidas as relações entre os sujeitos relacionados ao processo de

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre os marcos teóricos e organizativos, que orientam a PNH, comprovam que o surgimento da política de humanização ocorre para realizar mudanças no aspecto da consolidação de um SUS inclusivo, acolhedor, resolutivo e democrático. Seus pressupostos que também são do SUS, buscam mudanças no acesso às práticas de saúde.

A humanização é um assunto debatido e situado no atual momento histórico, em que crescentes insatisfações são apontadas pelos usuários dos serviços, quer pelos trabalhadores e gestores. Constitui desafio permanente, pois, como fenômeno multifacetado compreende diversos fatores, ideologias e interesses que divergem e, concomitantemente, se complementam na tentativa de aclarar seus determinantes.

O decurso no hospital tem, pois, uma vivência de definição que nos apresenta o poder da preponderância do modelo médico vigente, que descaracteriza o usuário na medida em que o faz objeto de sua ação na prática de saúde, permeada pelas relações de violência simbólica e de conflitos de interesses. Nosso primeiro pressuposto se viu contemplado na medida em que a vivência particular de corporeidade e subjetividade tende a ser deslegitimada, e os sujeitos desqualificados em seu *status* social originário ao ingressar no hospital.

Nesse contexto, a relação entre profissionais e usuários se posiciona em lugar de considerável importância, pois é no espaço desta mesma troca que residem às possibilidades de transformação para uma maneira de agir em saúde, pautada na dignidade e respeito à alteridade do outro por uma ética da solidariedade e da expressão do usuário como cidadão, pela atitude do cuidado.

Durante a pesquisa realizada no Hospital Nossa Senhora da Natividade- conhecido como Santa Casa da Misericórdia de Santo Amaro existe uma singela motivação para uma possibilidade de implantação da PNH. Em alguns relatos foi identificada uma tendência para a constituição de projetos de humanização. Entretanto, não podemos considerar que esses projetos configuram a implantação de uma política na sua totalidade.

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e

transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “Clínica Ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho. (FILHO, 2007:1000).

O percurso no hospital tem uma importância de sentido que nos apresenta o poder da dominação do modelo médico vigente e “as resistências” identificadas diante de quaisquer processos de mudança. Entretanto, o trabalho em questão verificou que para a incorporação e desenvolvimento da PNH e seus dispositivos no sistema de saúde, o papel da gestão é fundamental, pois esta dimensão é responsável para propiciar as condições adequadas facilitando a adoção desta nova orientação política no interior das organizações de saúde.

A PNH não poderá ser implementada de forma fragmentada (somente em um setor do hospital, criando apenas um Comitê de Humanização) ou com ações isoladas e pontuais, como por exemplo- criação de projetos, tais como: brinquedoteca, comemoração de datas festivas, Posso Ajudar?, entre outros.. O principal desafio para a implementação e continuidade da política no hospital é a gestão de pessoas, necessitando travar constantes discussões sobre a importância do trabalho em equipe, requerendo uma maior definição da política de gestão de pessoas na organização hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ, S. **RENÉ LOURAU: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ANDRADE, L. O. M. de, BARRETO, I. C. de H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. – 2 ed. Ver. Ampl. – São Paulo: Hucitec; 2007.

ANJOS, J. A. S. A. dos; SÁNCHEZ, L. E. **Plano de gestão ambiental para sítios contaminados por resíduos industriais – o caso da Plumbum em Santo Amaro da Purificação/BA**. Bahia Análise e Dados. Salvador. SEI, março, vol. 10, n. 4, p. 306-309,2001.

AUGUSTO, L. G. da S.; SILVESTRE, D. R. Contaminação Química. In.: RODRIGUEZ,M.E. R. (Org.). **Relatorias Nacionais em Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais**. Plataforma DhESCA Brasil. Rio de Janeiro, 2006. 118 p

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. Rio: Rosa dos Ventos, 1992.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005 a.**

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Brasília, DF: Senado, 1993.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. 1988. **Leis do SUS**. Disponível em <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html>. Acessado em outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA. **Coordenação de Vigilância Ambiental. Avaliação de risco à saúde humana por metais pesados em Santo Amaro da Purificação, Bahia,2003**.Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/saude>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2001. Disponível em <http://www.humaniza.org.br> Consulta em 20/04/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em <http://www.humaniza.org.br>_Consulta em 20/04/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS- Gestão participativa: co-gestão**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Acolhimento**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Visita aberta e direito ao acompanhante**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 3. CFESS, Brasília, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 77-93. ISSN 0103-7331.

BUSS, Paulo M. e PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 2005-2008. ISSN 0102-311X.

CARVALHO, F. M.; SILVANY NETO, A. M.; TAVARES, T. M.; COSTA, A. C. A.; CHAVES, C. R.; NASCIMENTO, L. D.; REIS, M. A. Chumbo no sangue de crianças e passivo ambiental de uma fundição de chumbo no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, janeiro, vol.13, no.1, 2003.

CARVALHO & CUNHA. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC- São Paulo e FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova** [online]. 1989, n.19, pp. 123-140. ISSN 0102-6445.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000.

DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, S. F. Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2004.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços de Saúde: Características e Exigências. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. FGV, 26 (2). Abril-Junho. 1992.

FILHO, Serafim Barbosa Santos. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (4). 2007. p. 999-1010.

FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.

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

GIL. Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. – 8 reimpressão. – São Paulo: Atlas, 2007.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**, 42 (3), 2008. p. 555-561.

HISTÓRIA DAS CIDADES. **Santo Amaro - BA**. 2008. Disponível em: <http://www.visiteabahia.com.br/visite/historiasdascidades/ba-reconcavo-santoamaro.php> com acesso em 14 de outubro de 2012.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**. Ano XXI, nº 55, novembro/2001

IBGE–Instituto **Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico, 2000. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>

MELLO, G., BARCELLOS FONTANELLA, B., PIVA DEMARZO, M.. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, América do Norte, 12, jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS que Temos e o SUS que Queremos**: uma agenda. Belo Horizonte: texto preparado para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Mimeo. 2004. 42 pp.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Ed. HUCITEC/Lugar Editorial. 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MIRANDA, Valéria Dos Santos Noronha. **A Conexão da Gestão com a Política Nacional de Humanização da Saúde: A Experiência Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG**. 2009. 381 f. Tese (Doutorado) - UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jarnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. P 144.

PAIM, Jarnilson Silva. A Reforma Sanitária e a Municipalização. **Saúde e Sociedade**. Vol.1. São Paulo 1992

RIZZOTTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 2, p.196-199, Mar-Abr. 2002.

SÁ, Marilene de Castilho. **Planejamento Estratégico em Saúde: Problemas Conceituais e Metodológicos**. Tese de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1993. 425pp.

_____.O Mal-Estar nas Organizações de Saúde: Planejamento e Gestão como Problemas ou Soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4(2): 255-258.

_____.Subjetividade e Projetos Coletivos: Mal-Estar e Governabilidade nas Organizações de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, 6: 151-154.

_____. **Em Busca de uma Porta de Saída: Os Destinos da Solidariedade, da Cooperação e do Cuidado com a Vida na Porta de Entrada de um Hospital de Emergência**. Tese de doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e Trabalho. SP, 2005.

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: Suas Implicações nos Estudos das Comunicações: In: **Pesquisa Qualitativa- Um Instigante Desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

TAVARES, T. M.; CARVALHO, F. M. Avaliação de exposição de populações humanas a metais pesados no ambiente: exemplos do Recôncavo Baiano. **Revista Química Nova**. Vol. 15, n. 2, p. 147-154, 1992.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. adm. empres.** [online]. 2009, vol.49, n.4, pp. 472-480. ISSN 0034-7590.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXO

ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO

1. Nome:

2. Sexo: 01. ()Feminino 02. () Masculino

3. Faixa etária: 01.() De 20 a 30 anos 02.() De 31 a 40 anos 03.() De 41 a 50 anos

04. () De 51 a 60 anos 05. () Mais de 60 anos

4. Formação profissional: _____

5. Já participou de algum processo de capacitação relacionado à política de humanização?

() Sim () Não Se sim especifique:

01. ()Política de Humanização

02. ()Processo de Trabalho

03. ()Acolhimento

04. ()Ambiência

05. ()Gestão Participativa

06. ()Clínica Ampliada

07. ()Outro,especificar:_____

6. Existe na instituição algum programa ou projeto que vise à implantação da Política Nacional de Humanização da Saúde?

7. Em sua opinião, a atenção a saúde prestada na instituição é Humanizada?

01()Sim 02()Não

Justifique_____

8. Existe necessidade de mudança para humanizar a atenção prestada?

01()Sim 02() Não Se sim,

Quais_____

ANEXO B – OFICIO

À Secretaria Municipal de Saúde de Santo Amaro

Cachoeira, 21 de novembro de 2012.

A discente Mayara Nogueira regularmente matriculada no último semestre do Curso de Serviço Social encontra-se na fase de trabalho de campo de sua monografia que busca aprofundar conhecimentos acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH) no âmbito hospitalar.

Com a finalidade de dar seguimento a sua pesquisa, a respectiva discente pretende estudar as possibilidades da implementação da PNH no município de Santo Amaro. Com isso, esperamos contar com vossa colaboração na realização de entrevistas e com a conclusão do trabalho de campo.

Cordialmente,

Valéria dos Santos Noronha Miranda

Coordenadora do Núcleo Maria Quitéria/ Profa Adjunta do Curso de Serviço Social CAHL/UFRB

ANEXO-C

TERMO DE CONSENTIMENTO

Caro (a) Senhor (a),

Venho através deste, solicitar a sua participação na pesquisa de campo **A Relevância da Política Nacional de Humanização da Saúde e Possibilidades de sua Implantação no Município de Santo Amaro:** Estudo de Caso em uma Instituição Hospitalar. Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), do curso de Serviço Social, tendo como orientadora a docente Valeria Noronha.

O principal objetivo deste estudo é conhecer a Política Nacional de Humanização da Saúde e os desafios da sua implantação no âmbito hospitalar. Afirmando que os dados de identificação do respondente serão preservados, bem como, serão utilizados nomes fictícios para posterior análise das informações coletadas. Sua contribuição é de grande valia. Desde já, agradeço pela sua participação e colaboração.

Solicito que assine esta comunicação confirmando sua participação na pesquisa ao permitir que sejam publicadas as informações prestadas para a sistematização desse estudo.

Cachoeira – BA, _____ de _____ de 2012.

Nome completo do Respondente: _____

Assinatura do Respondente: _____

Nome completo da Pesquisadora: MAYARA P. NOGUEIRA SILVA.

Assinatura da Pesquisadora: _____