



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RODRIGO BRAGA FERNANDES VIEIRA

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal.

TERESINA
2017

RODRIGO BRAGA FERNANDES VIEIRA

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal.

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra Eliana Campêlo Lago

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família.

TERESINA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

V657p Vieira, Rodrigo Braga Fernandes.

Política nacional de humanização: percepção dos gestores quanto ao processo de implantação do humaniza-SUS em um hospital público municipal. / Rodrigo Braga Fernandes Vieira. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dra. Eliana Campelo Lago: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

70. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – UNINOVAFAPI, 2017.

1. Administração hospitalar. 2. Assistência hospitalar. 3. Humanização da assistência. I. Título. II. Lago, Eliana Campelo.

CDD 657.42

RODRIGO BRAGA FERNANDES VIEIRA

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Data da Aprovação: 22/06/2017

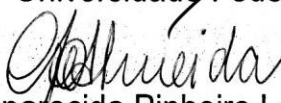
Banca Examinadora



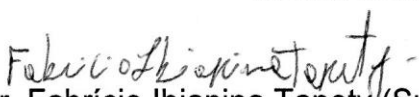
Prof^a. Dra Eliana Campêlo Lago (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Baldomero Antonio Kato da Silva (1º Examinador)
Universidade Federal do Piauí



Prof^a. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Aos meus pais Raimundo Braga e Iranleide, por todo o apoio, cumplicidade, companheirismo, dedicação e importância que sempre atribuíram à educação continuada dos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização de um trabalho, são muitos os que contribuem de alguma forma, seja direta ou indiretamente, para que tudo aconteça bem e da melhor forma possível. Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para concretização deste sonho e finalização de mais uma etapa de minha vida.

Primeiramente agradeço a Deus, por estar comigo sempre, me guiando, orientando, iluminando, norteando e me fortalecendo em momentos que fraquejei nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha família, minha esposa Françoise e meu filho João Guilherme, de forma pura, plena, verdadeira e sincera, por depositarem em mim confiança e incentivo em toda esta trajetória.

Agradeço aos meus queridos irmãos, Daniel, Enio e Thiago por acreditarem e me apoiarem sempre em todas as minhas empreitadas.

Agradeço a minha Tia-mãe Flocele por me incentivar, apoiar e ajudar de todas as formas para que eu nunca pare de estudar e crescer como profissional e como ser humano.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago, pela dedicação, cumplicidade, paciência, confiança, amizade e valiosas orientações durante o período de elaboração deste trabalho.

Agradeço a todo o corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela dedicação, competência e profissionalismo.

A secretária do Mestrado, Gelsemânia, pela paciência, compreensão e disponibilidade sempre.

A Prefeitura Municipal de Teresina, a Secretaria Municipal de Saúde, ao Hospital Público Municipal Mariano Gayoso Castelo Branco, seus coordenadores, gestores e profissionais que ali trabalham em especial a Diretora do Hospital, Dra. Ana Cléia, por ter aceitado a pesquisa prontamente, pelo empenho, comprometimento e acolhida.

Aos professores doutores da Banca Examinadora, Baldomero Silva e Camila Almeida, por terem aceitado prontamente o convite e pelas valiosas contribuições.

Ao colega fisioterapeuta Mickael Souza pela ajuda na coleta de dados e por ter dividido comigo a responsabilidade da execução deste projeto.

A todos os companheiros de Mestrado, em especial, Leina, Jadilson, Tércio, Ana Elisa, Kaline, Sabrina e Susiane, pelo tempo de convivência, companheirismo, abdicação e amizade verdadeira.

Humanizar é...

Humanizar é tomar para si a dor alheia num ato de amor extremo.

Humanizar é dedicar-se a outrem com a pureza do coração.

Humanizar é tornar-se melhor tendo como intuito apenas o amor.

Humanizar é um exercício gratificante de dedicação e amor.

Humanizar é enxergar o próximo com os olhos do coração.

Humanizar é esmerar-se num ato de amor extremo ao próximo.

Humanizar é dedicar com o melhor de si a uma causa ou a alguém.

Humanizar é um ato de amor em que se doa pouco que por um
milagre torna-se muito.

Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e
dedicação a alguém.

Humanizar é um afeto espontâneo em que o doador se sente bem e
o receptor sente-se amenizado o seu infortúnio.

José Lins

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, implantada em 2003, surge como uma aposta na mudança das práticas e na valorização de processos sociais e subjetivos, reconhecendo a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) para a modificação de práticas, culturas e sujeitos. Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva analisar a concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do HumanizaSUS em um Hospital Público Municipal. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado com a equipe de gestão e administração de um hospital de Teresina-PI. As coletas dos dados ocorreram entre o período de fevereiro a abril de 2017, sendo realizados entrevistas semiestruturadas com cinco gestores do hospital e observação não participativa. A análise dos resultados ocorreu por meio da análise temática dos dados. Os resultados revelaram que no hospital público estudado uma nova gestão iniciou fortemente um trabalho de resgate do “cuidar” e “humanizar”, culminando com a decisão do grupo diretivo em mudar o modelo gerencial para a gestão participativa que promoveu a aproximação do hospital com essa política. Quanto ao programa, todos os participantes relataram conhecer, mesmo que superficialmente a PNH, no entanto, apenas dois dos cinco participantes já haviam trabalhado em ambientes hospitalares com a PNH já implantada. Observou-se nos diálogos o quão a prática encontra-se distante da teoria. Não obstante, o processo de implantação da PNH neste hospital enfrenta muitas dificuldades, principalmente de cunho cultural e relacionados à capacitação dos funcionários. Conclui-se que o processo de implantação do HumanizaSUS neste ambiente hospitalar, por mais que esteja longe de se efetivar em sua totalidade, está ocorrendo de forma satisfatória. Como produto deste trabalho, elaborou-se um vídeo educativo sobre o HumanizaSUS.

Palavras-Chave: Administração hospitalar. Assistência hospitalar. Humanização da assistência.

ABSTRACT

A National Humanization Policy (PNH) or HumanizaSUS, implemented in 2003, appears as a bet on changing practices and valuing social and subjective processes, recognizing the centrality of processes of subjectivation of all aspects involved in the process (users, workers and managers) to modify practices, cultures and subjects. In this perspective, the present study aims to analyze a conception of the managers regarding the implantation process of HumanizaSUS in a Municipal Public Hospital. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach performed with a management and administration team from a Teresina-PI hospital. As collections of journalistic data from February to 2017, semi-structured interviews were conducted with five hospital managers and non-participatory observation. An analysis of the results through thematic analysis of the data. The results revealed that in the public hospital studied a new management strongly initiated a rescue work of "caring" and "humanizing", culminating in a decision of the steering group to change the managerial model to a participative management that promoted a hospital approach with this policy. Regarding the program, all the participants reported knowing, even superficially the HNP, however, only two of the five participants had already worked in hospital settings with HNP already implanted. It was observed in the dialogues or how the practice is far from the theory. Nevertheless, the process of implantation of HNP in this hospital faces many difficulties, mainly of cultural and related to the capacity of employees. It is concluded that the process of HumanizaSUS implantation in the hospital environment, even though it is fully taken into account, is occurring satisfactorily. As a product of this work, an educational video about HumanizaSUS should be developed.

Keywords: Hospital administration. Hospital Care. Humanization of care.

RESUMEN

La Política Nacional de Humanización (HPN) o HumanizaSUS, implementado en 2003, surge como una apuesta por el cambio de la práctica y el desarrollo de los procesos sociales y subjetivos, reconociendo la centralidad de los procesos de subjetivación de todos los actores involucrados en el proceso (usuarios, trabajadores y gestores) para la modificación de las prácticas, culturas e individuos. En esta perspectiva, el presente estudio objetiva analizar una concepción de los gestores en cuanto al proceso de implantación de HumanizaSUS en un Hospital Público Municipal. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo realizado con un equipo de gestión y administración de un hospital de Teresina-PI. Como colectas de los datos periodísticos en el período de febrero a 2017, se realizaron entrevistas semiestructuradas con cinco gestores del hospital y observación no participativa. Un análisis de los resultados a través del análisis temático de los datos. Los resultados revelaron que en el hospital público estudiado una nueva gestión inició fuertemente un trabajo de rescate del "cuidar" y "humanizar", culminando con una decisión del grupo directivo en cambiar el modelo gerencial para una gestión participativa que promovió una aproximación del hospital con esa política. En cuanto al programa, todos los participantes relataron conocer, aunque superficialmente la PNH, sin embargo, sólo dos de los cinco participantes ya habían trabajado en ambientes hospitalarios con PNH ya implantada. Se observó en los diálogos o cómo la práctica se encuentra distante de la teoría. No obstante, el proceso de implantación de la PNH en este hospital enfrenta muchas dificultades, principalmente de cultural y relacionadas con la capacidad de funcionarios. Se concluye que el proceso de implantación de HumanizaSUS en el ambiente hospitalario, por más que esté en cuenta en su totalidad, está ocurriendo de forma satisfactoria. Como producto de este trabajo, se elaborará un video educativo sobre HumanizaSUS.

Palabras clave: Administración del hospital. Atención hospitalaria. Humanización de los cuidados.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAP's	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IAP's	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização do problema	11
1.2 Objeto do estudo	12
1.3 Questão norteadora	13
1.4 Objetivos	13
1.5 Justificativa e relevância	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Trajetória histórica da assistência à saúde no Brasil	15
2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)	21
2.3 O Processo de formulação da Política Nacional de Humanização	23
2.4 A questão da qualidade ao longo da história	27
3 METODOLOGIA	32
3.1 Natureza do estudo	32
3.2 Cenário do estudo.....	32
3.3 Participantes do estudo.....	33
3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados.....	33
3.5 Organização e análise dos dados.....	34
3.6 Aspectos éticos e legais.....	34
4 RESULTADOS.....	36
4.1 Manuscrito - POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal.	36
4.2 Produto – Vídeo Institucional sobre HumanizaSUS	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	62
ANEXOS	66

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Todo brasileiro tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde –SUS, mas convém lembrar e observar que tanto a população quanto o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS (CAVALCANTI, 2014). O processo de descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde é a estratégia ideal encontrada para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvidas de que a municipalização garante à atenção básica logística, rapidez, racionalidade e controle operacional do sistema de saúde (MENDES, 2011).

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações do SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. É imperioso implantar o SUS onde ele não existe. E é imperioso aperfeiçoar o SUS, permanentemente, onde ele já encontra-se implantado (MOREIRA et al., 2015).

O campo da saúde é assolado por diversos e graves problemas instrumentais, relacionais e de práticas que desafiam sua superação e solução, desde sua institucionalização legal em 1988 até a atualidade (ABEPSS, 2009). Destaca-se a crescente insatisfação dos usuários com a qualidade dos serviços; a reivindicação dos trabalhadores pela melhoria das condições de trabalho e valorização salarial; processos de trabalho hierarquizados e pouco democráticos; a discrepância ou inexistência do diálogo entre trabalhadores-usuários, trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-gestores; predomínio do modelo biomédico que trata pessoas como objetos de intervenção e as reduz à sua doença, desprezando ou desconsiderando seus anseios, medos, angústias, expectativas, sabedoria; supervalorização de técnicas, protocolos, maquinários, desprivilegiando as relações e interações humanas; o sub-financiamento do sistema saúde; a manutenção cultural e o investimento político que tomam os hospitais como modelo de assistência em detrimento da atenção primária (DESLANDES, 2006).

Todas essas questões demandam a construção de parâmetros outros para o campo da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS,

construída em 2003, surge como uma aposta na mudança das práticas e na valorização de processos sociais e subjetivos, ou seja, aposta em tecnologias relacionais para produzir saúde. Tendo em vista que novos modos de pensar, perceber, sentir e fazer na saúde não se consolidam sem posicionar a subjetividade em lugar de destaque (DESLANDES, 2005a), reconhece a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) para a modificação de práticas, culturas e sujeitos (BRASIL, 2009a).

A PNH é uma política processual, com potencial força instituinte e que pretende fixar raízes para operar mudanças fundamentais no campo das práticas e, assim, possibilitar a efetivação do projeto assistencial do Sistema Único de Saúde. A universalidade, integralidade e equidade, descentralização, hierarquização e participação popular sintetizam seu ideário (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os temas relacionados à saúde pública e saúde coletiva marcaram a formação acadêmica do pesquisador no curso de Fisioterapia, intercambiada por práticas investigativas de programas e/ou políticas nesse cenário. O interesse pela Política Nacional de Humanização originou-se devido às discussões com a orientadora desse Projeto de TCM (Trabalho de Conclusão de Mestrado), sobre a interlocução do profissional da saúde com o sistema de saúde. Apesar de existirem pesquisas que privilegiaram a investigação sobre a humanização em saúde e de haver variada produção em periódicos científicos sobre o tema, foram encontrados poucos estudos que abordassem a humanização e, mais especificamente, a Política Nacional de Humanização em direção ao que se pretende o objeto de estudo proposto neste trabalho.

Dessa forma, acredita-se que este estudo poderá contribuir com os rumos futuros do HumanizaSUS, evidenciando não somente os resultados positivos que serão construídos por essa experiência hospitalar, mas também os conflitos, embates e descaminhos que se farão presentes quando a política deixa a condição de ideário e busca se transformar em práticas concretas.

1.2 Objeto do Estudo

Concepção dos gestores referente ao processo de implantação do programa HumanizaSUS em âmbito hospitalar.

1.3 Questão Norteadora

Qual a concepção dos gestores referente ao processo de implantação do programa HumanizaSUS em âmbito hospitalar?

1.4 Objetivos

- Analisar a concepção dos gestores quanto a implantação do Programa HumanizaSUS em seu ambiente de trabalho.
- Descrever as dificuldades enfrentadas pela Gestão do Hospital no processo de implantação do Programa;
- Produzir um vídeo educativo sobre o Programa HumanizaSUS.

1.5 Justificativa e Relevância

O estudo do tema apresentado se justifica por ser compreendido como de indiscutível importância e permitirá a identificação, o conhecimento e a avaliação de obstáculos encontrados pelos Recursos Humanos da atenção secundária perante um problema real e cotidiano neste nível de atenção e as possíveis dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Em linhas gerais, essas ações buscam minimizar as consequências dos problemas prevalentes na qualidade do cuidado dentro dos estabelecimentos de saúde pública. Tais problemas podem ser decorrentes do uso excessivo, do uso insuficiente e do uso inadequado de serviços, procedimentos e tecnologia em saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

A relevância desta pesquisa ocorre pela noção de que mudanças no campo da saúde têm encontrado obstáculos teórico-prático-metodológicos para se efetivarem e, frequentemente, não se realizam tão espontaneamente e nem mesmo por força de lei. Antes, trata-se de uma conjunção de fatores intrínsecos que podem ter o potencial para mobilizar processos subjetivos e materiais, por meio da coletividade, ou seja, a construção conjunta e cooperativa entre trabalhadores, usuários e gestores de novos arranjos tanto relacionais como de processos de trabalho, aliados a elementos variados do cotidiano. Esses elementos podem ser uma experiência interessante, uma

proposta revolucionária, uma vivência intrigante, um ambiente propício ou mesmo uma política. A PNH aposta na valorização das subjetividades, nos encontros intersubjetivos, em arranjos materiais e institucionais para que mudanças das práticas de atenção e gestão de fato aconteçam, elementos importantes que podem favorecer a construção de relações mais colaborativas, comprometidas e solidárias no cotidiano dos serviços de saúde.

2. REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Trajetória histórica da assistência à saúde no Brasil

Descrever a trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro é necessário para compreender o atual modelo de assistência à saúde, pois sua ascensão está diretamente ligada às tendências econômicas e políticas de cada período histórico (POLIGNANO, 2015).

Até a chegada da família real ao Brasil, em 1808 - que viera fugida de Portugal devido sua invasão por Napoleão Bonaparte, não existia nenhum modelo de atenção à saúde no país, sendo a prática assistencialista realizada por curandeiros (indígenas ou negros), boticários (padres jesuítas que manipulavam medicamentos em suas boticas e posteriormente farmacêuticos) e a medicina liberal (desenvolvida por poucos médicos oriundos da Europa), sendo que este último só prestavam assistências às classes dominantes (GOMES, 2007).

O quadro sanitário neste período era desafiador, já que inúmeras doenças transmissíveis assolavam a população, doenças essas trazidas, *a priori*, pelos portugueses e *a posteriori*, pelos escravos africanos, além de vários outros imigrantes. Algumas dessas doenças provocaram assustadoras epidemias, dizimando grandiosos contingentes populacionais (MORAES, 2014). Em consonância surgiram as primeiras Casas de Misericórdia, que neste período limitavam-se ao abrigo dos doentes, viajantes e indigentes, não prestando assistência médica tampouco tratamento as mazelas de saúde (AGUIAR, 2011)

Após o desembarque da monarquia, iniciaram-se as preocupações quanto a saúde pública, sendo desenvolvida as primeiras ações sanitárias que baseavam-se no saneamento da capital, controle de navios e saúde dos portos, a construção de novas estradas, assim como campanhas para conter as epidemias que prejudicavam às produções. No entanto, essas ações eram pontuais e mediante o controle dos surtos, logo eram suspensas (AGUIAR, 2011; REBELO; MAIO; MOCHMAM, 2011).

Nessa perspectiva, a preocupação com o irrisório contingente de médicos que encontravam-se instalados no Brasil fez com que Dom João VI fundasse duas Escolas de Medicina, uma na Bahia e outro no Rio de Janeiro ambas em 1808. Não obstante, a saúde pública também foi agraciada, anos mais tarde, com a criação e organização da Inspetoria de Saúde dos Portos (1828), a Imperial Academia de Medicina (1829)

responsável junto ao Imperador pelas questões referentes a saúde pública e a Comissão Central de Saúde Pública que mais tarde ficou conhecida como Central de Higiene Pública, que visava o combate e o controle da febre amarela, sendo estes marcos do período Colonial/Imperial (1500 a 1889) (BERTOLLI FILHO, 2004).

A Primeira República ou República Velha (1889-1930) foi marcada pelo predomínio da elite de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro no campo da política, e com isso, favorecimento do setor agrícola, sobretudo do café e da pecuária, ficando conhecida como política do café-com-leite (VARES, 2012). No entanto, o fim da monarquia não foi o suficiente para mudar o panorama da saúde no país (AGUIAR, 2011).

As epidemias continuavam a matar a população e isso dificultava ainda mais o recrutamento de imigrantes para trabalharem na lavoura e na indústria, mesmo que esta, ainda incipiente. Para sanar tal problema foram realizadas ações e programas de saúde principalmente nas áreas de circulação da economia agrária exportadora. Entretanto, apenas no ano de 1902 foi lançado o programa de saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela pelo então Presidente Rodrigues Alves, tendo como objetivo estimular o comércio internacional e a política de imigração (PEREIRA, 2003).

Com este mesmo enfoque, em 1903 houve a nomeação do médico e pesquisador Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral da Saúde Pública. Oswaldo Cruz implantou um modelo de campanhas sanitárias para o controle das epidemias rurais e urbanas, entretanto utilizando uma linha militar. A imposição da vacinação contra a varíola em 1904, após a promulgação da lei Federal nº 1261, a Lei da Vacinação que permitia a vacinação a força da população gerou grande convulsão e culminou na revolta da vacina. Após esse episódio a vacinação tornou-se opcional (BERTOLLI FILHO, 2004).

Outro marco que merece destaque refere-se à aprovação da Lei nº 4682/23 – Lei Eloi Chaves – que institui o embrião da atual previdência social. Assim, esta lei implantou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que, no entanto, se estendia apenas aos trabalhadores urbanos, inicialmente contemplando os ferroviários e em seguida os portuários, marítimos e outras áreas subsequentes (MARTINS, 2010). As CAP's incorporaram a assistência médica aos operários. Nessa perspectiva, aqueles que não tinham condições de pagarem médicos, tinham acesso apenas aos hospitais filantrópicos ou às práticas populares (AGUIAR, 2011).

O cenário econômico mundial passava por uma crise (1922-1929), o que impactou negativamente na exportação do café. Este fato explica o enfraquecimento político das oligarquias agrárias, o que favoreceu para a revolução de 1930, comandada por Getúlio Vargas e representantes das classes dominantes, classes médias urbanas e populares, todas, insatisfeitas com a situação do país (REZENDE FILHO, 2008).

Vargas Assume a presidência e inicia-se o período denominado Segunda República ou Era Vargas (1930-1945). Nesta ocasião, várias reformas administrativas e políticas foram promovidas, sendo este governo marcado pelo nacionalismo e o populismo. O congresso Nacional foi fechado em 1937, instalando-se, com isso o Estado Novo, no qual Getúlio governou com métodos controladores e centralizadores (AGUIAR, 2011).

Houve forte investimento na área de infraestrutura e paralelo a isso foram promulgadas as leis trabalhistas que beneficiavam os empregados com direitos sociais como o salário mínimo, jornada de trabalho semanal de 48 horas, carteira profissional e remuneração das férias (PESSANHA; ARTUR, 2013). No entanto, o acelerado crescimento da indústria ocorreu mediante condições precárias de trabalho, aumentando consideravelmente os riscos e problemas de saúde dessa população (AGUIAR, 2011).

Os acidentes de trabalho, as doenças profissionais, o estresse, as verminoses e outros agravos prejudicavam a produtividade, e a assistência médica aos trabalhadores ocorria vinculada à Previdência Social, que em 1933 transformou as CAP's em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), sendo sua gestão passada gradativamente para o domínio do Estado (BATICH, 2004).

A política adotada de saúde privilegiava a antiga dicotomia dos serviços, sendo as ações coletivas de responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde, criado em 1930 e as práticas curativas e individuais sob a gestão dos IAP's. Não obstante, a população que não possuía condições de pagar os serviços privados de saúde continuava a depender dos limitados serviços públicos, bem como das práticas populares de tratamento (AGUIAR, 2011).

A Segunda Guerra Mundial que teve início em 1939, findou-se em 1945, com a vitória dos Estados Unidos e de seus aliados. Este acontecimento gerou grande repercussão no Brasil. A população veio às ruas contra a ditadura conseguindo a deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945 (AGUIAR 2011). Deste fato até o

ano de 1963, o Brasil viveu o período de Redemocratização ou Desenvolvimentista (PESSANHA; ARTUR, 2013).

Nesta fase da história quatro presidentes foram eleitos por votos populares. O primeiro a governar foi Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), que entre seus principais feitos destaca-se o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) criado em 1948 e aprovado em 1950. Embora tendo a saúde como prioridade, o mesmo não foi consolidado, pois a maior parte dos recursos foi para o setor de transporte. Mesmo assim, verificou-se redução dos casos de tuberculose e outras doenças transmitidas por insetos, que pode ser vinculado às campanhas sanitárias, bem como o próprio desenvolvimento do período (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Getúlio Vargas reassume a presidência (1951-1954) e retoma seus projetos econômicos seguindo sua linha nacionalista. A assistência médica também expandiu-se em todos os IAP's, garantindo e generalizando aos poucos os direitos que se distinguiam em meio aos Institutos, conforme reivindicações de cada categoria profissional (AGUIAR, 2011). Por sua vez, o Ministério da Saúde torna-se independente do Ministério da Educação em 1953, mas apenas um terço dos recursos do antigo ministério foi destinado à pasta da saúde, limitando sua atuação continuando pouco efetiva no que concerne à saúde pública no Brasil (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Não obstante, os conflitos políticos entre os nacionalistas, que acastelavam o desenvolvimento brasileiro sem capital estrangeiro e os desenvolvimentistas, que queriam a entrada de capital estrangeiro para a aceleração do crescimento industrial, eram cada vez mais intensos. Este fato, associado à ligação de sua segurança pessoal no atentado de Carlos Lacerda, principal opositor de seu governo, fez aumentar a pressão reivindicando a renúncia de Vargas. Encurralado, Getúlio suicidou-se em 1954 (AGUIAR, 2011). Após o ocorrido, João Fernandes Café Filho assume a presidência até o fim do mandato, em 1955 (WESTIN, 2015).

O próximo a assumir o cargo é Juscelino Kubitschek, (1956-1960) que em seu mandato promoveu grandes transformações econômicas, incentivado, sobretudo por capital estrangeiro. Dava-se início o Plano de Metas, cujo objetivo era a construção de Brasília, sede atual da Presidência da República (BERTOLLI FILHO, 2004).

A saúde pública conquista singelos avanços, desencadeados pelo fortalecimento dos IAP's na assistência médica curativa aos seus assegurados, objetivando assegurar a saúde do trabalhador para manter a produtividade. Contudo,

algumas empresas, insatisfeitas com a atuação dos Institutos passaram a contratar os serviços particulares médicos, que, anos depois se tornaria medicina de grupo, assegurado na assistência previdenciária (BATICH, 2004).

A eleição seguinte (1961) teve como vencedor Jânio Quadros, que em meio a um tumultuado período político renunciou ao cargo no corrente ano. Assumiu então a presidência João Goulart, que por defender reformas de cunho político e social enfrentou forte oposição política. Entre as reformas pretendidas destaca-se a agrária, administrativa, tributária e educacional. Inconformados com isso, os militares, articulados com a elite nacional e a burguesia industrial planejaram um golpe para derrubar o Presidente, que denominou-se Golpe Militar e instaurando a ditadura militar (1964-1984) (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Durante este período, várias foram as amarras encontradas para o desenvolvimento da saúde em nosso país. A participação popular foi totalmente desarticulada, e como progressão do endurecimento político, toda e qualquer iniciativa popular que fosse classificada como ideário socialista, deveria ser aniquilado (AGUIAR, 2011).

Por um lado, houve continuidade da expansão da assistência médica previdenciária estatal à população menos favorecida, por outro lado, os IAP's encontravam-se em falência, sendo criado neste período, pelos militares, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que ao contrário da anterior, não era regido por um modelo tripartite (União, empregadores e empregados) (SANTOS, 1994). Essa nova gestão da previdência, além de excluir a participação social progressivamente, priorizou o contrato de serviços privados para a assistência de seus contribuintes (LIMA et al., 2005).

Não obstante, a década de 1970, mesmo enfrentando um grande momento de repressão no campo político, este período representou o início do rompimento das amarras outrora impostas pelos militares e as primeiras iniciativas no sentido de abertura democrática. Nesse contexto houve aumento do repasse das verbas do Ministério da Saúde para os estados com melhoria da articulação entre os mesmos, favorecendo o desenvolvimento de projetos que beneficiam à saúde, voltados principalmente ao controle de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O início da década de 1980 contempla o aumento das discussões sobre temas relacionados à saúde, principalmente em eventos científicos como o primeiro

Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e a sétima Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2009b). Esse processo de aprimoramento da saúde se deu concomitantemente com a exacerbação dos problemas financeiros do setor previdenciário, o que enfraqueceu a ampliação da cobertura previdenciária e médica.

A solução para tal problema, segundo os técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) seria a diminuição das despesas referentes ao setor privado e a ampliação do poder de ação do setor público. Surgiram nesse momento as Ações Integradas de Saúde (AIS), sendo um conjunto de medidas com o propósito de regionalização e hierarquização da saúde por meio da estruturação da rede pública interligada às esferas Federal, Estadual e Municipal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Essas ações incentivaram a idealização do movimento sanitaria que objetivava ampliar para todos os brasileiros o direito à saúde, já que ideava que o melhoramento das condições sanitárias relacionava-se diretamente com o direito a cidadania. Tais concepções também eram defendidas pelas instituições internacionais de saúde – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS). Nessa perspectiva, com a conferência de Alma-Ata, realizado em 1978, pela OMS, assumia como meta a ampliação da saúde na atenção básica para todos até o ano de 2000 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os últimos anos do regime militar ocorreu imerso em uma forte crise econômica, provocada pela alta inflação e considerável recessão econômica. A população aumentou sua participação nos movimentos sociais, o que fortaleceu os sindicatos e a oposição política, culminando no movimento das Diretas Já, que mediante a elaboração da Emenda Dante de Oliveira, previa as eleições diretas para presidente no corrente ano de 1984. No entanto, mesmo a emenda não sendo aprovada, ocorreu, em janeiro de 1985, a eleição indireta do então Senador Tancredo Neves para o cargo de Presidente da República, que fora substituído pelo seu vice, José Sarney após sua morte, dando assim, início ao Período da Nova República (1985-1988) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A sociedade continuava insatisfeita com os serviços de saúde oferecidos o que desencadeou uma forte manifestação almejando a reforma do sistema de saúde, tendo como símbolo a oitava Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, no qual

foram discutidos e aprovados os principais tópicos do movimento sanitarista (BRASIL, 2009c).

Esta reforma propiciou a instauração de um sistema de saúde com aspectos semelhantes ao atual SUS. Dessa forma, não deixou apenas um legado envolvendo questões de financiamento, o pacto político e a gestão, mas, sobretudo, estimulou a abertura democrática e abriu os horizontes para novas organizações de políticas sociais, embasados em vigilância e militância constante, para, conseqüentemente, viabilizar uma sociedade renovada, mediante reiterado laço de solidariedade entre Estado e sociedade (AGUIAR, 2011).

Finalmente, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal que assegurava o SUS, o que, de certa forma, agregou boa parte das propostas idealizadas pelo movimento da Reforma Sanitária, mediante participação efetiva dos segmentos interessados. Não obstante, houve conflitos entre o grupo que defendiam os interesses privatistas e o grupo que batalhava pela saúde pública e estatal (AGUIAR, 2011). Mesmo assim, a aprovação do SUS representa uma grande vitória para a sociedade, mesmo sendo implantado em um período de grande instabilidade econômica e a taxa elevada da inflação (PAIM, 2003).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Criado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, com o propósito de ser o sistema de saúde para todos os brasileiros, o SUS surgiu tendo como finalidade reverter a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Sua abrangência vai desde um simples atendimento a nível ambulatorial até a alta complexidade, como o transplante de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira (BRASIL, 2007).

Os Artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal explicitam todos os princípios fundamentais do conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil. Afirmam ainda que a saúde é direito de todos e dever do Estado, de modo que esta garanta mediante às políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação, não levando em consideração, cor, sexo, raça ou condição socioeconômica (BRASIL, 2006).

No entanto, um dos grandes desafios na execução desse sistema refere-se a redefinição, que ocorreram com o passar do tempo, das competências e atribuições referentes as três esferas de governo. Assim, a elaboração de dispositivos normativos definem as áreas de tomadas de decisão no âmbito de atuação de cada gestor, compactuando com uma atuação coerente mediante a necessidade de saúde de cada localidade populacional. A cogestão surge para facilitar a negociação contínua para a elaboração de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, fortalecendo a articulação interfederativa (BRASIL, 2015).

O planejamento das ações do SUS é conjunta entre as três esferas, sendo que, cada uma deve desenvolver suas atribuições de maneira eficiente e funcional, atuando com o objetivo de formar um sistema nacionalmente integrado. Dessa forma, mesmo o planejamento ocorrendo de forma individual, por cada esfera, os mesmos devem levar em consideração as atividades das demais esferas, buscando, sempre a complementaridade e a funcionalidade das ações. Para que isso ocorra o Ministério da Saúde, o CONASEMS e o CONASS em conformidade com o Conselho Nacional de Saúde, elaboram as diretrizes de planejamento gerais para todas as esferas de gestão, estipulando os objetivos e as prioridades nacionais (BRASIL, 2016).

Com o intuito de regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, foi publicado em julho de 2011 o Decreto n.º 7.508, que contempla a organização do SUS, o planejamento da saúde, à assistência à saúde e a articulação interfederativa, mediante pactuação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), incorporado no V capítulo deste decreto. O COAP deliberará as competências dos entes federativos em analogia aos serviços e ações de saúde, as metas e os indicadores de saúde, que se embasam na humanização do atendimento ao público, a avaliação dos critérios de desempenho, os financiamentos disponibilizados e demais elementos necessários (BRASIL, 2015).

Não obstante, a portaria n.º 2029, datada de 24 de agosto de 2011, que institui à atenção domiciliar no âmbito do SUS, tem a humanização como uma política de transversalidade na rede de atenção básica à saúde de modo que esta atinja à toda a população brasileira (BRASIL, 2011). Segundo o Ministério da Saúde (2003), o cenário em que o SUS se apresentava até meados de 2003 indicava a necessidade urgente de mudanças, mudanças estas, que também mexeriam com o modelo de

gestão da época. Com o objetivo de propor tais mudanças no que se refere à gestão, instâncias, programas e projetos da atenção básica de saúde, a política de humanização da atenção e da gestão no SUS, foi criado o HumanizaSUS (BRASIL, 2003).

O HumanizaSUS segundo a cartilha disponibilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, gerando mudanças principalmente no modo de gerir e cuidar. A PNH compreende que humanização é a valorização dos diferentes atores, incluindo usuários, trabalhadores e gestores, implicados no processo de produção de saúde. Segundo as diretrizes que regem esta política, valorizar os atores, ou melhor, os sujeitos, é gerar maior autonomia, ampliar a capacidade de transformar a realidade em que vivem, através do compartilhamento de responsabilidades, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2014). A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

2.3 O Processo de formulação da Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização é uma política pública de saúde e se insere em um conjunto maior que são as políticas públicas sociais. Não há consenso sobre as definições de política pública (HÖFLING, 2001), mas cabe ressaltar que estas têm naturezas diversas: econômicas, tecnológicas, ambientais, sociais (FREY, 2000).

O Ministério da Saúde enfatiza que a PNH como política, difere de programa por apostar em ampla inserção no sistema de saúde e não se restringir a ações pontuais (BRASIL, 2008). Com isso, pretende uma mudança radical das práticas em saúde e das relações que se produzem nesse campo.

Essa concepção proporciona à PNH a inserção ou influência de seus pressupostos nos variados planejamentos de ações, projetos e programas, além das diversas políticas e instâncias do SUS, a fim de empreender sua capilarização no sistema de saúde e atingir seus objetivos de mudanças e consolidação do mesmo. Porém, o HumanizaSUS no intuito de demarcar seu potencial instituinte abdicou da institucionalização por meio de portaria (TRAJANO, 2010).

Para tanto, a compreensão das apostas da PNH deve ocorrer indissociadamente das pretensões do Movimento de Reforma Sanitária e da

construção do SUS, pois a PNH emerge do anseio de fazer avançar a reforma do sistema de saúde brasileiro.

Benevides e Passos, (2005a) relatam outro aspecto importante para a criação da PNH. Transitavam no Ministério programas, projetos, propostas e atividades abarcando a questão da humanização, entretanto, de caráter segmentar, baixa horizontalidade entre elas e organização vertical do MS e do SUS. Isto impulsionou a necessidade de “redefinição do conceito de humanização, bem como os modos de construir uma política pública e transversal de humanização na/da saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 562). Assim, esses apontamentos contrariam a afirmação de autores como Trajano (2010) ao alegarem que a PNH forjou-se a partir da 11ª CNS, deixando obscurecidos a dimensão institucional e os interesses políticos em voga para tal construção. Ressalta-se que essa foi considerada extremamente importante no processo de formulação da referida política, contudo sugere que não foi o principal ativador para sua construção. Percebe-se com isso, que o tema da humanização na saúde não é recente: não inaugura um novo movimento, mas está em voga desde 1960 pelas reivindicações do movimento feminista e a partir da década de 90 ganhou fôlego e notoriedade com as ações, projetos e programas que foram definindo o campo da humanização na atualidade, como relatado anteriormente. Mas eram demarcados por um fracionamento de áreas, identificado a algumas profissões, focado no cliente e na qualificação hospitalar (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

A PNH emergiu das experiências que foram capazes de superar desafios no SUS. Uma grande contribuição à Política Nacional de Humanização foi sistematizar tais experiências e formulá-las como dispositivos para a mudança, possibilitando a criação de estratégias de contágio. Assim, ela expõe o modo como se opera seus princípios e diretrizes, mas não intenciona determinar a forma como estes acontecerão nos diversos equipamentos de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Entretanto nas publicações em periódicos científicos, os formuladores do HumanizaSUS expressam mais claramente o conceito de humanização que se pretende definir, entendendo não como “retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais à incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 570). Compreendem assim, que a proposta de humanização da política abarca pessoas e situações concretas de existência em um dado momento histórico, social e político.

Em um texto que debate essas proposições, Gastaldo (2005) faz reflexão crítica a esta ressignificação do conceito de humanização. Compreende que a humanidade tem como características a diversidade e diferença, sendo que estas já se tornam comprometidas quando se usa o vocábulo homem como representativo de todos os seres humanos. A humanidade se constitui histórica e socialmente e, como tal, comporta ambiguidades, paradoxos, conflitos, incoerências, disparidades, imperfeições que são próprias dessa condição, o de se reinventar, de se transformar conforme os contextos. Portanto, não há como atribuir, a priori, um valor à experiência. Os fenômenos e manifestações do ser humano delineados nesse percurso sócio histórico não estão condicionados às pessoas individualmente e, sim, às composições que não favorecem um projeto de saúde comprometido com a autonomia, compreensão, tolerância, inclusão e solidariedade entre os sujeitos, compartilhamento de poder, respeito à diversidade e condições igualitárias ao acesso dos direitos.

Pelo eixo das instituições do SUS pretende-se que a PNH se integre aos planos estaduais e municipais de governo, assim como integram o Plano Nacional de Saúde e os termos do Pacto pela Saúde. O eixo da atenção propõe o incentivo à promoção, integralidade e intersetorialidade das ações de saúde e o trabalho compartilhado e corresponsável, visando fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos. O eixo da gestão aponta para ações de participação dos trabalhadores nas discussões e tomada de decisão, bem como necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seu ideário. O eixo do financiamento aponta para o repasse de recursos integrados tanto de programas específicos de humanização como de subsídios à atenção, perante o compromisso dos gestores com a PNH (BRASIL, 2008).

O eixo da formação propõe a vinculação às instituições formadoras de trabalhadores da saúde para a inclusão nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação ou extensão em saúde. O eixo da comunicação objetiva a inclusão da PNH na pauta de debates da saúde e a sensibilização para os conceitos e temas da humanização (BRASIL, 2008). Com isso, pretendeu-se divulgar e capilarizar os pressupostos da PNH que se estruturam em princípios, método, diretrizes e dispositivos, apresentados, preliminarmente, em 2003 no XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência. Em 2004, antes do seu lançamento oficial neste ano, foi divulgada ao Conselho Nacional de Saúde/141ª reunião ordinária (TRAJANO,

2010) e na XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca (BRASIL, 2004). Por princípio entende-se o disparar de movimentos e ações. São três os princípios que se apresentam separadamente (BRASIL, 2008), porém são imbricados e se retroalimentam incitando ao movimento e compondo método, diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS. A transversalidade é um conceito original de Félix Guattari (1987). Apesar de ser recorrente nas diversas produções sobre a PNH, é pouco problematizado e, muitas vezes, tomado como equivalente ao aumento de comunicação.

A transversalidade tem a função de fazer a proposta da política supracitada penetrar, perpassar e compor diversas ações, planejamentos e projetos, adentrar as diferentes instâncias e transpor distintos níveis de organização da saúde e de instituição para se efetivar. Com efeito, o atravessamento provocado por esta transversalidade convoca o segundo sentido que se refere à vertente comunicacional. Segundo Guattari (1987) “há uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (GUATTARI, 1987, p. 96). Comumente os dois sentidos da transversalidade são tratados como definição única, ainda que ambos sejam incitados pela ação um do outro, o que não os torna a mesma coisa. São dimensões distintas, porém, indissociáveis. Já o terceiro sentido, da transversalidade, não se confunde com os anteriores; contrariamente, não chega a ser reconhecido como componente do conceito.

No processo de autonomização três fatores merecem destaque: o de resistência em se manter subjugado, o empreendimento em libertar-se dos fatores de dominação e se constituir como promotor na criação de componentes outros para produção de novas realidades. O quarto sentido da transversalidade aparece no livro “Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática” de Gregório Barembliitt. Essa formulação trata o conceito em contraposição ao que o autor define como atravessamento e refere-se ao resultado do entrelaçamento entre o instituído e instituinte, organizante e organizado, que não atuam indissociadamente, mas sim em conjunto (BAREMBLITT, 2002). À interpenetração desses elementos, quando funcionam ao “nível do conservador, do reprodutivo, chama-se de atravessamento”. Ao passo que quando funcionam ao “nível do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo, chama-se transversalidade” (BAREMBLITT, 2002, p. 33).

Vasconcelos e Morschel (2009) ao ponderarem sobre a formulação de políticas, salientam que não se pode definir que uma política é boa ou ruim em si: é

importante considerar os modos como se apreende, se apropria e o que ela dispara. Nesta linha, deve-se atribuir valor a uma intenção, planejamento, projeto, ação ou intervenção somente a *posteriori*, mediante análise qualitativa dos resultados produzidos pela dinâmica dos acontecimentos, durante e/ou após sua concretização, ou seja, por meio de avaliação do “como” se opera. Portanto, a conjunção de múltiplos fatores deve ser considerada quando se pretende estabelecer mudanças, como é o caso da PNH. Corroborando essa noção Campos (2006) expõe que as mudanças se operam e se efetivam em saúde à medida que há envolvimento e implicação dos sujeitos nesse processo.

Portanto, a fase de formulação de uma política não se encerra no processo de implantação, o contrário também se aplica (FREY, 2000). Estas fases coexistem, se integram, se compõem, ambas são importantes e se retroalimentam, pois não constitui um processo sequencial. Devem ser intercambiadas para permitirem a produção de novos conhecimentos e diferentes sujeitos, ainda que tenham discursos dominantes e, ou, emergentes vivenciam e expressam novos modos de se posicionar e movimentar. Tais sujeitos se encontram envolvidos na prática da humanização, permitindo rupturas e continuidades, avanços e retrocessos. As propostas de humanização advindas da política propõem mudanças profundas nas formas de se relacionar para que haja mudanças de práticas e dos sujeitos envolvidos. Mudanças que devem ser facilitadas pelo ideário do HumanizaSUS.

2.4 A questão da qualidade ao longo da história

A qualidade pode ser percebida desde o princípio da atividade de manufatura, onde se mantinha a cultura do escambo e produção em caráter artesanal. A observação por parte dos mestres-artesãos aos aprendizes era o principal instrumento de controle da qualidade, mesmo que de forma rudimentar, arcaico e empírico, tinha-se como objetivo evitar falhas no processo de fabricação.

Primórdios do século 20, bem no início da evolução das organizações manufatureiras para indústria e o processo de produção em larga escala, passou-se a observar ainda mais o processo de qualidade e início dos métodos de padronização, trazendo consigo mudanças enormes nos processos de trabalho, e elevado nível da produtividade, a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford, mais conhecido como período Fordista ou Fordismo, valorizando sobremaneira o estudo dos tempos e

movimentos. O uso de máquinas, equipamentos, técnicas e métodos modernos para a época, passaram a auxiliar a produção em massa e a forte preocupação com a uniformidade dos produtos deram origem à atividade de inspeção, posteriormente organizada sob forma de departamento no interior das fábricas, o que chamamos hoje de Departamentalização ou Setorização.

Surgiu aí uma das funções mais importantes neste contexto, o supervisor (ou inspetor), e sua responsabilidade consistia em inspecionar o produto final e separar os defeituosos, para evitar que sua comercialização comprometesse o nome da empresa no mercado. Este passo foi de fundamental importância para definirmos como sendo a primeira fase do movimento da qualidade e o início da atividade voltada para este objetivo de forma científica e sistematizada, utilizando-se para isso, medidas e gabaritos com modelos padrão (Garvin, 1992). Esta metodologia de trabalho desenvolveu-se fortemente com na indústria bélica. A administração científica introduzida por Taylor e a criação de postos de inspetores de fábrica consolidam esta etapa nos anos 20 do século passado.

A evolução da atividade de inspeção ou supervisão trouxe no seu bojo a formação de Departamentos de Engenharia de Produção que se utilizam do instrumental estatístico voltado para a medição e o controle da qualidade. O controle de qualidade do produto final foi a etapa seguinte neste processo, cujo caráter científico foi dado por W. Shewhart, através da obra *Economic control of quality of manufactured product*, publicado em 1931 (Garvin, 1992). Este autor era responsável pelo grupo de pesquisas da Bell Telephones Laboratories, envolvido com a qualidade dos novos e complexos sistemas de comunicação que estavam sendo implantados nos Estados Unidos.

Na concepção deste grupo de pesquisa era impossível que duas peças fossem exatamente iguais, pois existiria certo grau de variabilidade inerente ao produto, em função de matéria-prima, da máquina ou do operador, fato que determinou uma nova postura diante dos problemas de variação da produção. A atenção passou a ser dada ao grau de variação suportável, que não levasse efetivamente a problemas. Essas idéias deram origem ao controle estatístico por amostragem, com a criação de técnicas de limites de variação aceitável durante todo o processo fabril e não apenas no final da produção.

A Segunda Guerra Mundial fez com que grande parte das empresas fornecedoras de produtos e matérias-primas bélicas, elevassem seu grau de exigência

de qualidade e confiabilidade nos armamentos e a necessidade de grandes volumes de produtos. Diminuindo assim o tempo de inspeção final de cada peça e/ou processo produtivo. Dessa forma, o uso do controle estatístico do processo por amostragem passou a predominar, permitindo ganho de produtividade e qualidade na indústria. Nos anos 40, o controle de qualidade estava consolidado como uma disciplina acadêmica nos cursos de engenharia, o que estabeleceu uma nova etapa do processo.

Pós Segunda Guerra, mais precisamente nos anos 50 e 60 houve uma grande evolução no gerenciamento das empresas, sobretudo, no Japão, fruto de sua destruição e a necessidade de reconstrução da nação e de sua economia após a Segunda Grande Guerra. O Japão despontou com inúmeras ferramentas de Gestão voltadas para a Qualidade, e nessa época, desenvolveram-se quatro elementos básicos no processo de evolução: a Quantificação dos Custos da Qualidade, o Controle Total da Qualidade, a Engenharia da Confiabilidade e o Programa de Zero Defeito. Inicia-se, assim, a Era da Garantia da Qualidade, cujo objetivo era prevenir os problemas, porém usando mais do que técnicas estatísticas para esta finalidade (Wood, 2013).

Dessa forma, E. Deming, J. M. Juran e Armand Feigenbaum empreenderam grandes esforços no exercício de práticas gerenciais voltadas para a qualidade nas organizações japonesas, fundamentadas em teorias desenvolvidas nas décadas anteriores (Wood, 2013). Nesse período foram sistematizadas abordagens para solução de problemas organizacionais tornando-se conhecidas como o PDCA (Plan, Do, Check, Action) ou Ciclo de Deming. A Quantificação dos Custos da Qualidade foi primeiramente apresentada em 1951, por J. Juran, em seu livro *Quality control handbook*. Ele abordava a questão dos custos da não-qualidade, enfatizando o quanto a organização perdia em função de defeitos na produção, representada pelo sobretrabalho e retrabalho, e na insatisfação dos clientes com os produtos de baixa qualidade. Juran considerava que os custos evitáveis eram o mapa da mina das empresas, pois poderiam impedir prejuízos financeiros e melhorar a competitividade da empresa no mercado (Garvin, 1992).

Em 1956, Armand Feigenbaum propôs um conceito mais avançado, o Controle Total da Qualidade ou TQC (Total Quality Control), partindo do pressuposto que a qualidade do produto é objeto e responsabilidade de todos na organização, desde a concepção, fabricação, até a chegada dos produtos às mãos dos clientes.

Portanto, na sua visão a qualidade não é um trabalho isolado do Departamento de Controle, é na verdade objetivo de toda organização, da alta gerência aos setores operacionais. A qualidade passou a ser então uma questão de sobrevivência no mercado concorrencial e um objetivo de níveis gerenciais mais elevados, a partir do início da cadeia produtiva, perpassando desde a concepção do projeto da organização até seus produtos (Wood, 2013).

A outra idéia desenvolvida nesse período, o Programa de Zero Defeito, tinha como objetivo realizar, de uma só vez, a fabricação de um produto sem defeitos, evitando-se a necessidade de refazê-lo. Este conceito exigia muita atenção no processo fabril e motivação dos que estavam envolvidos na sua realização. Este quarto e último componente da era da Garantia da Qualidade determinou novos rumos ao movimento, quando se passou a considerar aspectos comportamentais no gerenciamento das organizações, pois o instrumental desenvolvido até então não prevenia, nem resolvia os problemas que originavam a má qualidade, não encontrava os obstáculos ao fluxo de trabalho - o retrabalho e o sobretrabalho - e nem suas repercussões na performance da empresa. Era, portanto, um processo ainda ineficiente e ineficaz (Wood, 2013).

Posteriormente, a preocupação com os custos de produção e a incorporação do conceito da satisfação do cliente representaram um substancial avanço. O acirramento do mercado concorrencial, com clientes cada vez mais exigentes, amparados pela criação de leis e códigos de defesa do consumidor, e, sobretudo, a necessidade de as empresas produzirem mais e melhor com custos menores ao mesmo tempo deram uma nova amplitude aos programas de qualidade. Com o aumento da competitividade e o nivelamento tecnológico, a busca da qualidade passou a ser um diferencial importante para as empresas (Wood, 2013).

A aplicação dos programas de qualidade deu origem às certificações ISO, que incorporam rigorosos parâmetros de avaliação da performance organizacional e vinculam, de acordo com a classificação da organização avaliada, a possibilidade de auferir maior volume de recursos e expansão de mercado.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e

que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das empresas com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do Estudo

Este trabalho foi ancorado em uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Descritiva pois baseou-se em critérios, métodos e técnicas para a análise da concepção dos gestores quanto a implantação do programa HumanizaSUS; exploratória devido investigar e interpretar os fatos sem a interferência do pesquisador e qualitativo já que conheceu e relatou as dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de implantação do programa. Para Minayo (2004), a abordagem qualitativa contempla “a questão do significado e da intencionalidade aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação” (MINAYO, 2004, p. 10). Ferreira, Calvoso e Gonzales (2002) realizaram um ensaio sobre os caminhos da pesquisa contemporânea, analisando as epistemologias emergentes, em especial, as metodologias qualitativas. Segundo esses autores os métodos qualitativos são aplicados na compreensão de problemas complexos e que buscam identificar padrões estruturais repetitivos da realidade estudada (FERREIRA; CALVOSO; GONZALES, 2002). Sendo assim, entende-se que a abordagem qualitativa e suas metodologias privilegiam o conhecimento aprofundado de circunstâncias e situações complexas. No caso desta pesquisa optou-se pelo estudo de caso, entendendo tratar-se de um método adequado a natureza da pesquisa bem como à complexidade da problemática norteadora, permitindo a identificação das estratégias, motivações e dificuldades presentes no processo de implantação do programa HumanizaSUS no hospital.

3.2 Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado nas dependências de um Hospital Público no município de Teresina - PI, sem distinção de um setor específico entre o período de 6 de fevereiro à 7 de abril de 2017.

O hospital tem capacidade de atender até 1.000 pessoas diariamente e disponibiliza médicos de diversas especialidades: endocrinologia, cardiologia, dermatologia, reumatologia, pneumologia, gastroenterologia e três equipes de Saúde

da Família (Parque Brasil I e II e Conjunto Francisca Trindade). O Hospital funciona 24 horas e possui 38 leitos, sendo: dez leitos femininos, dez masculinos, dez infantis, quatro leitos de observação do tipo adulto, três de observação infantil e um leito de isolamento. Realiza atendimento de Urgência e Emergência: clínica geral e pediatria. Há ainda o serviço odontológico, que atende urgência e emergência no turno da noite e 24 horas aos finais de semana. Possui Serviços de ambulatório, como: exames laboratoriais, hemograma, eletrocardiograma, ultrassom e raio-x, tudo isso fazendo com que o hospital tenha um atendimento de excelência disponibilizando à população uma assistência humanizada e acolhedora (FMS, 2016)

3.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo cinco funcionários do setor administrativo do hospital, tendo como critérios de seleção: atuar na gestão do hospital estar em suas funções laborais.

3.4 Instrumento e Procedimentos para a Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados constituem-se fundamentais para a realização de uma pesquisa qualitativa (SILVA, 2004). Nesse trabalho foi feita a opção pela utilização e análise de entrevistas semi-estruturadas e observação.

Na tentativa de abrandar as dificuldades e aumentar o conhecimento acerca do processo de implantação da PNH no estabelecimento de saúde para melhor embasamento nas observações, optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A). As entrevistas, segundo Alves-Mazzotti e Gerwandsznajder (2002) permitem maior aprofundamento de temas pouco explorados e a revelação de valores, crenças e percepção da realidade. Deslandes (2005b, p. 170), por sua vez, acrescenta a associação entre a interação e um roteiro estruturado antecipadamente, proporciona valiosas e reveladoras “versões, opiniões, descrições peculiares”. Isso possibilitou uma análise real acerca de vários aspectos da Política Nacional de Humanização.

Para a coleta dos dados realizou-se cinco entrevistas, com duração média de 30 minutos, sendo quatro entrevistados do sexo feminino e um masculino. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

3.5 Organização e Análise dos Dados

A organização, compreensão e interpretação dos dados coletados estão embasadas pela análise temática de dados (KIND, 2007). Segundo a autora, esse processo consiste em realizar uma leitura do texto, selecionando temas e extraíndo partes que possam interessar conforme o problema pesquisado. Bardin (2000) expressa que este tipo de análise é uma variação da análise de conteúdo clássica. Por análise de conteúdo define-se:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Contudo, buscou não se restringir ao conteúdo temático, privilegiando também séries discursivas. Assim, este trabalho inspirou-se na análise do discurso, pois considera as condições de produção dos dados, analisa crítica e reflexivamente sobre esse contexto ao considerar a autoria do discurso, razões, motivações, sentidos, interesses e direcionamentos do enunciado escrito ou falado, bem como pressupostos subjacentes. Pretendeu-se com os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho ir além do que se estava visível, demonstrado, posto ou expressado, possibilitando assim o desvelar dos processos constituídos.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Universitário, a fim de que tomasse ciência do conteúdo científico-metodológico do estudo.

Somente após a aprovação do Hospital Público Municipal de Teresina – PI (ANEXO A), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Após aprovado pelo número do parecer: 1.709.542 (ANEXO B), deu-se à pesquisa com a coleta de dados. Os participantes receberam toda explicação verbal a respeito da caracterização e realização do estudo, e, em caso de concordância com os objetivos

e métodos da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CONCEPÇÃO DE GESTORES SOBRE HUMANIZASUS

NATIONAL HUMANIZATION POLICY: MANAGERS CONCEPTION ON HUMANIZASUS

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN: CONCEPCIÓN DE GESTORES SOBRE HUMANIZASUS

Rodrigo Braga Fernandes Vieira¹, Baldomero Antonio Kato da Silva², Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida³, Fabrício Ibiapina Tapety⁴, Eliana Campelo Lago⁵

¹ Fisioterapeuta, Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

² Fisioterapeuta, Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Docente do Programa de Mestrado de Ciências Biomédicas da UFPI.

³ Enfermeira, Doutora em Ciências pela USP. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

⁴ Cirurgião-dentista, Pós-doutor em Implantodontia pela Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

⁵ Enfermeira e Cirurgiã-dentista. Doutora em Biotecnologia pela UFPI. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Correspondência para os autores:

Rodrigo Braga Fernandes Vieira

Av. Campos Sales, 625, Centro, Teresina, Piauí.

CEP: 64000-300

Bragavieira_bgm@hotmail.com

Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar a concepção dos gestores quanto a implantação do HumanizaSUS em um Hospital Público Municipal de Teresina-PI, conforme os princípios preconizados pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. As coletas dos dados foram realizadas mediante análise das entrevistas semiestruturadas os gestores do hospital e observação não participativa. Os diálogos analisados revelaram o quão a prática está distante da teoria, além do mais, foram evidenciados dificuldades referentes à aspectos culturais, estruturais e organizacionais. Notou-se que mesmo o hospital não tendo conseguido superar todas as dificuldades para implantar a PNH, considera-se satisfatório os resultados já observados.

Palavras-chave: Administração hospitalar; Assistência hospitalar; Humanização da assistência.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach that aimed to analyze a conception of the managers regarding the implementation of HumanizaSUS in a Municipal Public Hospital of Teresina-PI, according to the principles recommended by the National Humanization Policy of the Ministry of Health Health. Data collection was performed by analysis of the semester interviews of hospital managers and non-participatory observation. The dialogues analyzed revealed how the practice is far from the theory, in addition, cultural, structural and organizational difficulties were evidenced. It was observed that even if the hospital did not manage to overcome all the difficulties for implantation of HNP, the results already observed were considered satisfactory.

Keywords: Hospital administration; Hospital care; Humanization of care.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo, que tuvo como objetivo analizar una concepción de los gestores en cuanto a la implantación de HumanizaSUS en un Hospital Público Municipal de Teresina-PI, conforme a los principios preconizados por la Política Nacional de Humanización del Ministerio de la Humanidad. Las colectas de los datos fueron realizadas por análisis de las entrevistas semiestructuradas de los gestores del hospital y observación no participativa. Los diálogos analizados revelaron cómo la práctica está distante de la teoría, además, se evidenciaron dificultades referentes a la cultura, estructurales y organizacionales. Se observó que incluso el hospital no pudo superar todas las dificultades para la implantación de PNH, se considera satisfactorio los resultados ya observados.

Palabras clave: Administración hospitalaria; Asistencia hospitalaria; Humanización de la asistencia.

INTRODUÇÃO

A sistematização do atendimento, associado a rotina hospitalar, por vezes, desconfiguram-se o trabalho e o trabalhador, tornando o ambiente ríspido, insensível e desumano. Dessa forma, a incorporação de um atendimento humanizado se faz necessário, tendo em vista que aqueles que procuram esse serviço já encontram-se fragilizados.

A evolução da assistência à saúde se entrelaça no desenvolvimento tecnológico e científico, o que gerou destaque imprescindível à doença ofuscando a singularidade de cada paciente, bem como suas emoções, crenças e valores. Nessa perspectiva, a desumanização do atendimento à saúde se alastrou para todos os ambientes que prestam esse serviço e se sustenta no tempo limitado de atendimento, na sobrecarga de tarefas e nas precárias condições de trabalho¹.

Não obstante, a temática da humanização vem ganhando cada vez mais espaço, sendo alvo constante de discussão no campo da saúde^{2, 3, 4}. Entretanto, esse processo ainda caminha vagarosamente, retardado, sobretudo, pelo modelo dicotômico, cartesiano, e fragmentado que ainda prevalece nos dias atuais^{5, 6}.

Assim, humanizar torna-se necessário para melhorar a qualidade do atendimento à saúde. Segundo Venuso⁷, este termo representa em sua amplitude, atender com dignidade, respeito e valorização o cliente em todos os seus aspectos,

sejam eles subjetivos ou sociais. É acolher, ser cordial, saber ouvir, orientar e demonstrar interesse.

Por sua vez, o Ministério da Saúde⁸, descreve a humanização como uma medida que resgata o respeito à vida, abrangendo os aspectos sociais, educacionais, éticos e psíquicos, inerentes em todo convívio humano. Esses aspectos são definidos com base em conceitos técnico-científicos que beneficiam a generalidade, causalidade, objetividade e especialização do saber. Nessa perspectiva, só existe humanização se todos se comprometerem nesse processo, que inclui os gestores, servidores e usuários.

Dentre as primeiras medidas de humanização, pode-se destacar a implantação do Programa Nacional de Humanização no Ambiente Hospitalar (PNHAH) publicado no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo incorporar uma nova cultura de assistência à saúde interligando a otimização da qualidade à eficiência na prestação de serviços³. Anos mais tarde, esse programa torna-se política pelo Decreto nº 4.726/2003 denominado Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH) que unificou as ações de humanização, baseando-se no baixo investimento para a qualificação dos colaboradores⁸, e ampliou este movimento para toda a rede de saúde, já que anteriormente, limitava-se aos estabelecimentos hospitalares².

Apesar disso, algumas instituições de saúde enfrentam grandes desafios na operacionalização do contexto de humanização no âmbito hospitalar. Por um lado, vê-se exemplos de humanização que reconhecidamente obtêm seu êxito; por outro, assiste-se ainda a exposição na mídia das intermináveis filas de pacientes à espera de atendimento nos serviços de saúde, a escassez de leitos nos hospitais e a insuficiência de recursos financeiros, humanos e materiais para amparar os serviços de saúde⁹.

O HumanizaSUS deve estar profundamente ligado à reforma das modalidades assistenciais que se desenvolvem nas atenções primária, secundária e terciária, caso contrário, tem grandes chances de ser menosprezado e visualizado como apenas uma maquiagem superficial. Nessa perspectiva, deve-se estimular rotineiramente a prática da política aos colaboradores que atuam na assistência direta, a fim de não torná-lo apenas plano ou programa e sim um verdadeiro projeto, em seu amplo potencial de construir teias que alicerces as práticas¹⁰.

Considera-se então o ambiente hospitalar humanizado, aquele que em seus aspectos físico, tecnológico, humano e administrativo, respeita e valoriza o ser humano, dando-lhe um atendimento de máxima qualidade¹.

Levando em consideração as Políticas Públicas de Humanização como temática relevante na área da saúde, é indiscutível a contribuição de estudos nessa área, buscando compreendê-lo e motivar novas pesquisas, o que tornará esse tema cada vez mais visível¹¹.

Diante do exposto, tornou-se objetivo deste manuscrito analisar a concepção dos gestores a cerca da implantação do programa HumanizaSUS em um Hospital Público Municipal de Teresina-PI, conforme os princípios preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Este trabalho foi ancorado em uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Descritiva pois baseou-se em critérios, métodos e técnicas para a análise da concepção dos gestores quanto a implantação do programa HumanizaSUS; exploratória devido investigar e interpretar os fatos sem a interferência do pesquisador e qualitativo já que conheceu e relatou as dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de implantação do programa.

Para tanto, realizou-se este estudo nas dependências de um Hospital Público no município de Teresina – PI. Participaram da pesquisa os gestores e funcionários do setor administrativo, tendo como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar desempenhando função administrativa. Excluiu-se da pesquisa os colaboradores que encontravam-se de licença por qualquer motivo, bem como aqueles de férias. Após os critérios de seleção, cinco funcionários foram entrevistados.

A coleta dos dados ocorreu em três etapas. A primeira, referente a análise de fontes documentais, deram subsídios para a realização do levantamento histórico acerca da Política Nacional de Humanização bem como para a compreensão do processo de implantação do HumanizaSUS nesta instituição de saúde, além de instrumento necessário para o processo de implantação desta política. Os documentos ministeriais que se relacionavam com a Política Nacional de Humanização foram acessados via internet, através de publicações disponíveis online. Já a acessibilidade aos documentos internos do estabelecimento de saúde se

sujeitou a disponibilização e seleção da instituição, o que demandou inúmeras negociações e muita diplomacia.

A segunda etapa, constou da aplicação de uma entrevista semiestruturada, que, segundo Alves-Mazzotti e Gerwandsznajder¹² permitem maior aprofundamento de temas pouco explorados e a revelação de valores, crenças e percepção da realidade. O roteiro da entrevista foi norteado com base em perguntas referentes ao PNH, assim como a implantação desta política em seu ambiente de trabalho. Foram entrevistados cinco pessoas mediante os critérios de seleção. Os depoimentos dos voluntários foram gravados e transcritos na íntegra, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se, ainda, que as entrevistas ocorreram mediante agendamento prévio, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes, sendo que o mesmo ficou à vontade para responder ou não os questionamentos. Também, caso necessário, o entrevistado possui o direito de desistir da divulgação de seus dados. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

A última etapa foi composta por observação não participativa. Esta etapa foi introduzida por entendimento que a técnica de entrevista pudesse não abarcar a complexidade das relações e das práticas concretas embasadas pela PNH em função da diversidade de funções, horários, vínculos e ocupações setoriais. Neste intuito, optou-se por fazer observação com anotações descritivas e sistemáticas em diário de campo. Deslandes¹³ ao analisar a observação como recurso metodológico, expressa que esta possibilita a imersão do pesquisador no cotidiano do grupo estudado, viabilizando, assim, relações de proximidade com o mesmo, o que contribui para reduzir possíveis reatividades à presença do observador. Além disso, oferece subsídios na comparação entre as ações dos voluntários com as suas falas acerca de certos procedimentos e situações.

Por sua vez, a organização, compreensão e interpretação dos dados coletados foram embasadas pela análise temática de dados¹⁴. Segundo a autora, esse processo consiste em realizar uma leitura do texto, selecionando temas e extraíndo partes que possam interessar conforme o problema pesquisado, sendo este tipo de análise, uma variação da análise de conteúdo clássica.

Contudo, buscou não se restringir ao conteúdo temático, privilegiando também séries discursivas. Assim, este trabalho inspirou-se na análise do discurso, pois considera as condições de produção dos dados, analisa crítica e reflexivamente

sobre esse contexto ao considerar a autoria do discurso, razões, motivações, sentidos, interesses e direcionamentos do enunciado escrito ou falado, bem como pressupostos subjacentes. Pretendeu-se com os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho ir além do que se estava visível, demonstrado, posto ou expressado, possibilitando assim o desvelar dos processos constituídos.

No entanto, para a realização desta pesquisa, inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido e aprova pela Comissão de Ética para autorização da pesquisa no Hospital Universitário, a fim de que seja possível conhecer o seu conteúdo científico-metodológico e autorizar o seu desenvolvimento.

Após a aprovação do Hospital Público Municipal de Teresina - PI, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde do Centro Universitário UNINOVAFAPI, o qual foi aprovado por meio do protocolo nº 1.709.542. Para o início da coleta dos dados, os participantes receberam toda explicação verbal a respeito da caracterização e realização do estudo, e, em caso de concordância com os objetivos e métodos da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o que consta na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Toda mudança é complexa, difícil e arriscada. Segundo Pereira¹⁵, três princípios devem ser seguidos para que todo o processo ocorra de forma clara e satisfatória: 1) a promoção das alterações e mudanças não ocorrem de forma espontânea, necessita, sobretudo, do interesse dos atores que se comprometem a implantá-la; 2) esse processo não ocorre em desenho homogêneo e/ou linear, seja ele desenvolvido em diferentes unidades de saúde ou mesmo em diferentes setores de uma mesma instituição; Deve-se levar em consideração, no entanto, os saberes e conhecimentos inerentes aos sujeitos envolvidos na práxis diária, bem como as especificidades de cada ambiente que pretende inseri-lo; 3) Sua execução depende intimamente da equipe inserida no serviço, pois a concretização do projeto está associado as ações cotidianas objetivando a transformação da realidade.

Considera-se como pontapé inicial para a introdução do PNH no hospital o forte trabalho de resgate do “cuidar” e “humanizar” realizado pela nova gestão, que

culminando com a decisão do grupo diretivo em mudar o modelo gerencial para a gestão participativa que promoveu a aproximação do hospital com essa política.

Essa concepção de enfrentamento de um novo modelo de atuação ficou bastante claro levando em consideração a análise do discurso dos voluntários da pesquisa. Ao todo, foram entrevistados cinco funcionários, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. Destes, um era responsável pelo gestão do hospital e os demais atuavam no setor administrativo do mesmo.

Este público foi escolhido pois, segundo Heckert, Passos e Barros¹⁶, gerir e cuidar são atos interligados. Isso se reforça nas novas concepções de gestão inerente ao PNH, que dizima a concepção de autoritarismo, hierarquia e de dominação e designa um modelo de cogestão, o que reforça um novo paradigma de transversalização entre gestão e atenção¹⁷.

Todos os voluntários relataram conhecer, mesmo que superficialmente, a PNH, enfatizando sobretudo o Programa Nacional de Humanização no Ambiente Hospitalar (PNHAH), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Atenção Integral à Mulher, a Classificação de Risco, o Parto Humanizado e o Método Canguru. Esse fenômeno é explicado por se tratar de um tema muito discutido na atualidade, não só em âmbito científico, acadêmico ou profissional, mas também pela mídia que evidencia os pontos negativos do sistema bem como a própria sociedade que encontra-se cada vez mais conhecedora de seus direitos^{4, 10, 11, 18, 19}.

Não obstante, apenas dois dos cinco participantes da pesquisa já haviam trabalhado em ambientes hospitalares com a PNH já implantada. Esses profissionais carregavam consigo uma bagagem repleta de experiências e saberes que embasaram as discussões sobre a temática, enquanto os demais trazem o conhecimento científico e o olhar entusiasmado de suas vivências cotidianas. Para Pasche²⁰ extrair de experiências concretas uma análise de construção discursiva prática potencializa as ações visando superar as dificuldades intrínsecas aos programas de humanização. Dessa forma, Pereira¹⁵ acrescenta que, a troca de conhecimento, prática e experiências inferidos por quem colocou em prática os projetos contribui na identificação dos pontos positivos, lacunas, obstáculos e falhas, com o intuito de aprimorar cada vez mais o processo de implantação.

Ao solicitar aos participantes relatarem mediante sua vivência, como a PNH chega aos trabalhadores que estão na ponta do serviço, vários foram os enfoques

levantados, mas todos deixam claro que a operacionalização desta política só é concreta mediante a interação e a assimilação desses princípios pelos funcionários.

É sempre um desafio. Mesmo sabendo que a prática é desenvolvida pelos colaboradores que estão em contato direto com o público, temos enfrentado dificuldades em reuni-los para abordar mais profundamente esta temática. No mais, tenho convicção de que a equipe já tem um suporte, né? E que desenvolvem um trabalho humanizado (Administrador 1).

Fizemos rodas de conversas, capacitações, mesmo que rápidas; Por se tratar de um hospital de urgência, esses encontros não podiam ser demorados, mas foram muito produtivos e conseguimos alcançar os funcionários (Administrador 2).

Houve capacitação, houve sim, houve diálogo, conversas com os coordenadores de cada setor, reuniões. Estamos tentando implantar de forma plena, estamos nos tornando humanizados. [...] sabe, existe uma cobrança além dos gestores, essa cobrança é também da sociedade que está cada vez mais informada de seus direitos (Administrador 3).

Este é um tema muito discutido, há sempre comentários sobre os casos desumanos que aparecem na mídia. Os nossos funcionários procuram atender com humanização, mas sabemos que as vezes isso não ocorre. [...] Lutamos contra uma cultura que encontra-se impregnada na sociedade, mas não podemos deixar essa prática sobressair à forma correta de atender [...] (Administrador 4).

Dessa forma, vários são os dilemas que norteiam a capacitação dos funcionários, e isso deve ocorrer de forma acelerada, pois a sociedade, não pode mais esperar. Devemos superar este antigo modelo de assistência que não se baseia em práticas humanistas. Para tanto, precisa-se de capacitações continuadas dos profissionais, estimular a sua participação juntamente com os usuários nos processos de decisão, buscando sempre novas iniciativas humanizadoras que beneficiem tanto os usuários quanto os profissionais de saúde²¹.

Com o intuito de estimular a participação dos funcionários nas rodas de conversas e capacitações referentes ao PNH, um Hospital Público de Belo Horizonte ofereceu aos trabalhadores entre outros benefícios: concessões de hora extra para aqueles que se faziam presente fora de seu horário de trabalho e para os trabalhadores que as reuniões coincidiam com o seu turno de trabalho era dados gratificações em folgas ou abonos¹⁵.

No tocante, deve-se levar em consideração também saúde do trabalhador, essa perspectiva traduz a concepção de que deve-se gerar condições propícias de atendimento para que a humanização seja plena. Nessa prerrogativa, destaca-se a

excessiva demanda de atendimento, o baixo salário, escalas em turno irregulares, entre outros fatores, que, em consonância podem contribuir negativamente na qualidade de vida do trabalhador, e por conseguinte, na sua forma de atuar^{22, 23}.

Fica claro que a inserção desta política ocorre de forma gradativa, pois envolve muito mais que apenas mudanças comportamentais, englobam também quebras de paradigmas e da própria cultura. Ser um ator envolvido nesse processo é ter a consciência de que produz saúde, e que esta deve ser produzida com dedicação e humanização²⁴. Pois, humanizar um atendimento não resume-se apenas a chamar o cliente pelo nome, muito menos limita-se a recebe-lo com um sorriso nos lábios, mas, prioritariamente, compreender suas angustias, medos e incertezas, é apoiá-lo e dar-lhe uma atenção permanente⁹.

Dessa forma, sobre as principais dificuldades dos participantes no processo de implantação da PNH em seu ambiente de trabalho, ouvimos relatos que corroboram com os encontrados em outras pesquisas.

Conscientizar a equipe dentro desta nova perspectiva de atendimento foi desafiador, mesmo este sendo um assunto muito discutido pela sociedade. Não estamos falando de uma política nova, ela já existe há mais de uma década. É algo cultural entende, temos que ficar sempre incentivando a mudança (Administrador 1).

[...] Destaco, no entanto, a falta de continuidade deste processo pelos profissionais que encontram-se inseridos nesse contexto [...] Não adianta apenas ser recebido bem, se no próximo setor que o usuário irá passar não existir humanização [...] Falta ainda sensibilizar alguns funcionários (Administrador 2).

No início era muito complicado, sabe. Na minha opinião, a humanização em alguns momentos ficava a desejar, tínhamos, ou melhor, ainda temos, em alguns momentos, superlotação. Chegava a faltar materiais, você me entende? Isso prejudicava esse processo. Os trabalhadores sofriam também [...] (Administrador 5).

Observa-se nesses diálogos o quão a prática encontra-se distante da teoria. Por um lado exige-se desse trabalhador um atendimento humanizado, por outro, ele deve atender toda a demanda, mesmo que está se encontre demasiada, o que limitará o tempo de atendimento. Dessa forma, o contexto humanizador não depende apenas de uma equipe qualificada, mas também de uma ambiente que dê um suporte adequado para sua prática¹⁵.

Conforme Amorim²⁴, quando nos deparamos com uma dificuldade, precisamos socializa-las, e isso deve ocorrer em momentos presenciais, o que viabilizará apoios

mútuos, fortalecendo as estratégias em busca de soluções para os problemas enfrentados, assumindo assim, uma atitude problematizadora e propositiva.

Não obstante, quando indagados se gostariam de participar de capacitações periódicas sobre a PNH, os participantes da pesquisa foram contundentes ao responderem que sim. Isso demonstra a necessidade contínua de aprimoramento do sistema. Nessa perspectiva, a educação permanente visa, fomentar, atualizar e incorporar aos atores deste processo uma formação moldada nas necessidades de saúde, abordando e discutindo a humanização²¹. Outros autores^{3, 25, 26, 27} também exploram a necessidade da educação continuada na formação de uma equipe capacitada para atender a demanda em saúde.

CONCLUSÃO

Os obstáculos outrora encontrados pelos gestores para a concepção do HumanizaSUS no Hospital no qual foi realizado esta pesquisa, assemelha-se aos relatados na literatura. Isso evidencia, no entanto, a luta contra um problema de caráter cultural.

Não obstante, nota-se que, mesmo o hospital não tendo conseguido, até o momento, superar todas as dificuldades desta implantação e, conseqüentemente, alcançado sua forma plena, considera-se satisfatório os resultados já obtidos, o que motiva ainda mais a gestão do hospital a prosseguir com o árduo processo de implantação desta política.

Por fim, espera-se que este manuscrito motive e inspire outros trabalhos sobre a temática, bem como estimule o desenvolvimento e ampliação dessa política para os demais hospitais e unidades de saúde do estado do Piauí.

Colaboradores:

Rodrigo Braga Fernandes Vieira participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, da construção e revisão da base de dados, da análise dos resultados e da redação do texto.

Eliana Campelo Lago participou da concepção do estudo, da análise e discussão dos dados e da revisão do texto.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Agradecimentos:

Ao Hospital Universitário de Teresina, pelo apoio e oferta do campo de pesquisa.

A Faculdade Santo Agostinho pelo incentivo para a realização do mestrado.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI pelo conhecimento adquirido.

REFERÊNCIAS

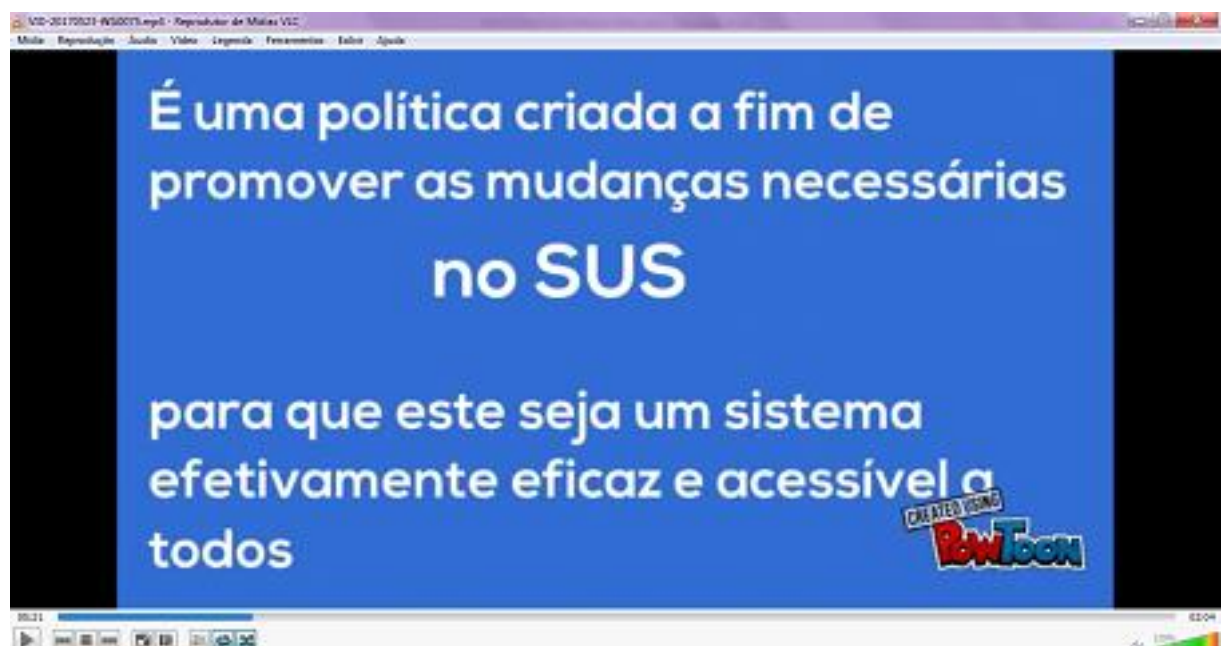
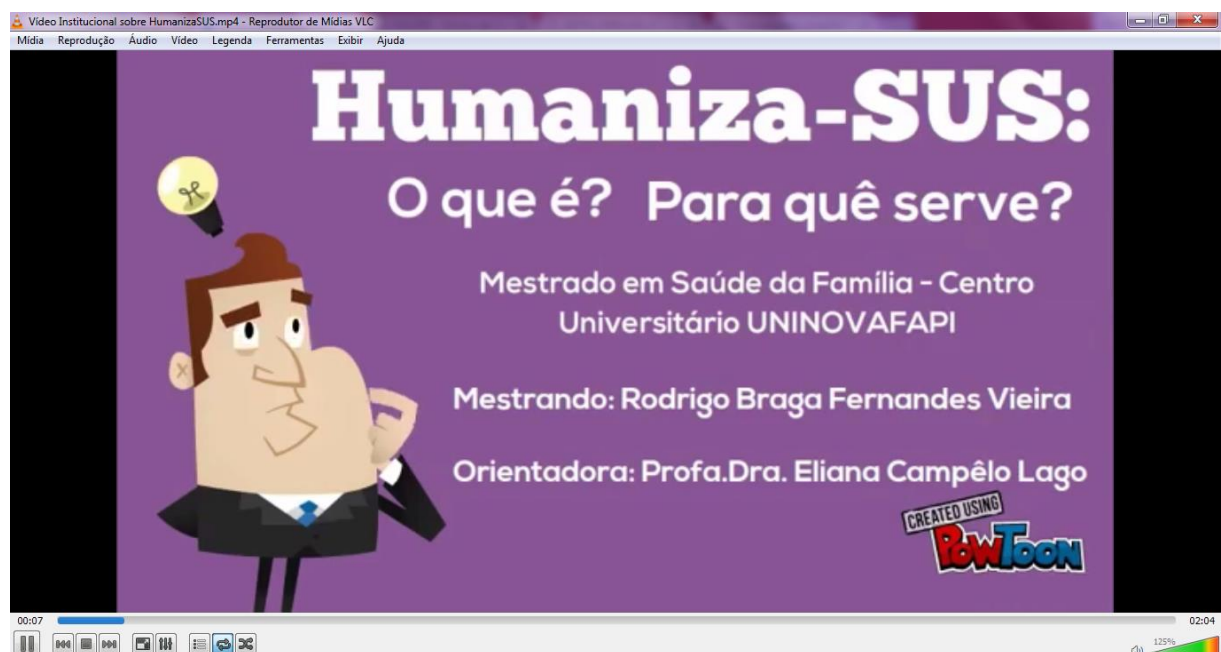
1. Mezomo JC. Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Vozes, 1995.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Agência de Notícias Humanização. Brasília-DF, 2006.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
4. Mezomo JC. Hospital Humanizado. Fortaleza: Ed Premium; 2001.
5. Backes SD, Filho WDL, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 40(2): 221-227, 2006.
6. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enf. São Paulo: USP. 38(1):13-20, 2004.
7. Venuso L. Humanização em hospitais. Fortaleza: Premium, 2001.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Executivo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília-DF, 2004.
9. Abreu NRA, Barbosa MAC, Baldanza RF, Mélo Júnior JB, Oliveira SS. Análise do processo de humanização em um hospital público. Revista Gestão & Planejamento, 13(3): 615-630, 2012.
10. Campos RO. Reflexões sobre o conceito de humanização. Saúde Debate. 27(64): 123-130, 2003.

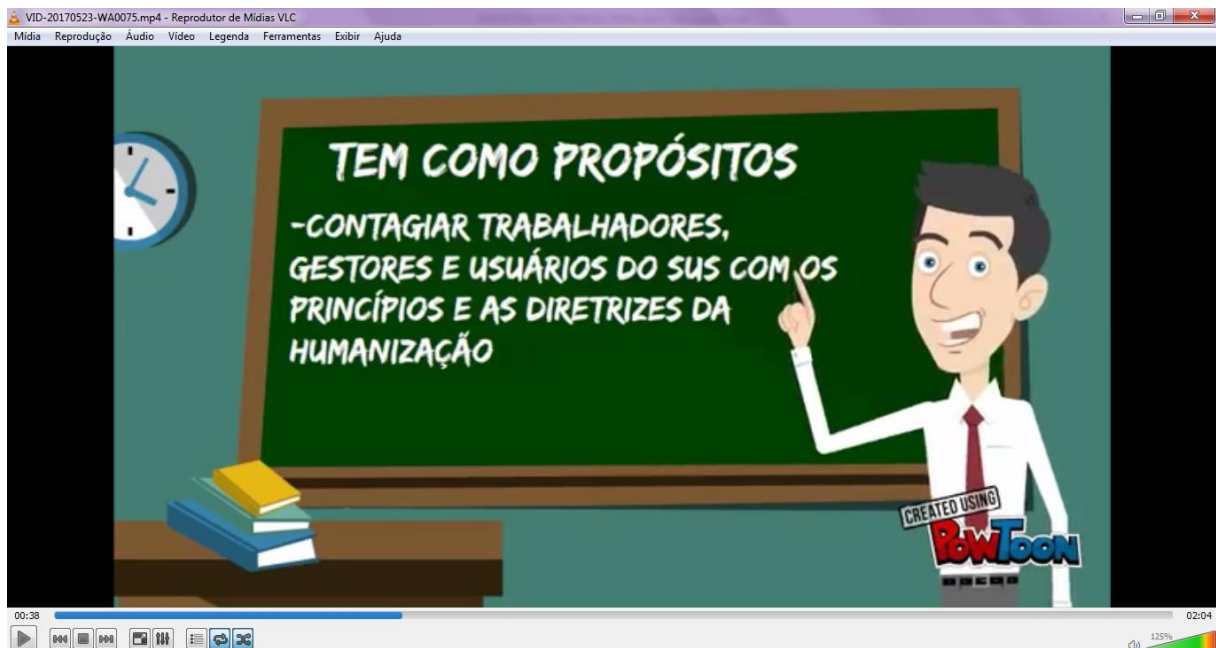
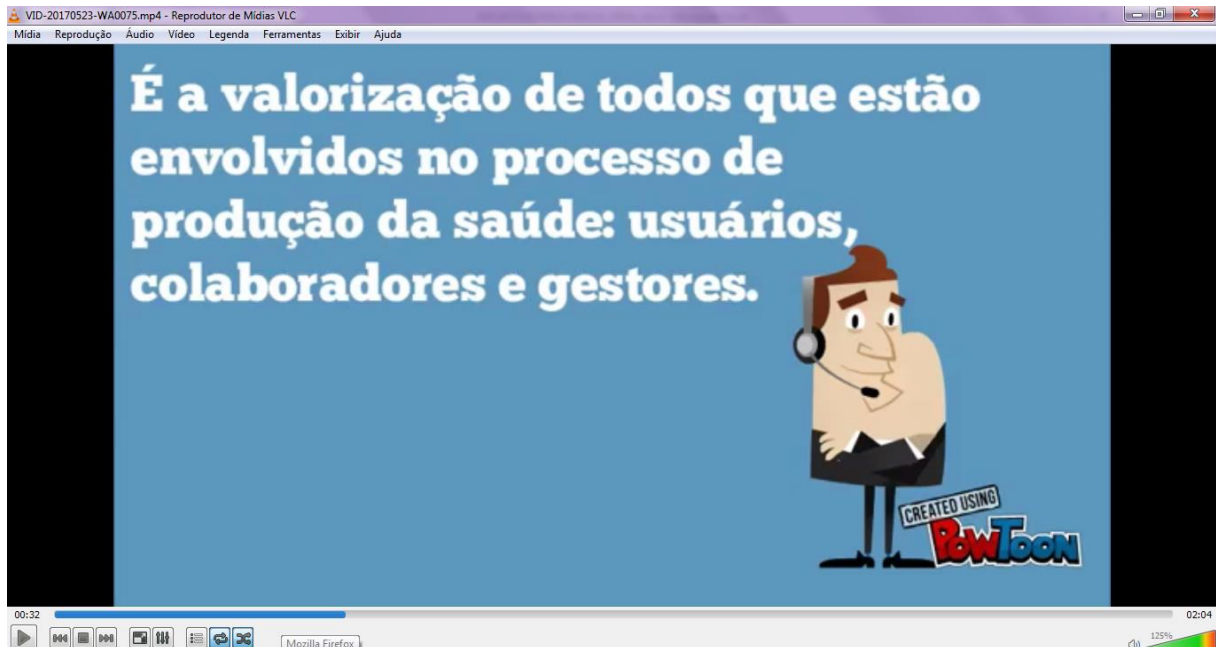
11. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 20(10): 3231-3242, 2015.
12. Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
13. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
14. Kind L. Elementos para análise temática em pesquisa qualitativa. In: *colóquio Interinstitucional de laboratórios de psicologia*, 1, 2007, Belo Horizonte. *Anais*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.
15. Pereira AB. Política nacional de humanização: o processo de implantação em um hospital geral público de Belo Horizonte [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011.
16. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface*. 13(1): 493-502, 2009.
17. Barros MEB, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Cien Saude Colet*. 16(12): 4803-4814, 2011.
18. Martins P. *Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
19. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface*, Botucatu, 13(1): 641-649, 2009.
20. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)*. 13(1):701-708, 2009.
21. Moraes TC, Wünsch DS. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. *Textos & Contextos*. 12(1): 100-113, 2013.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
23. Costa M, Accioly JRH, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Rev. Panam. Salud Publica*. 21(4): 217- 222, 2007.

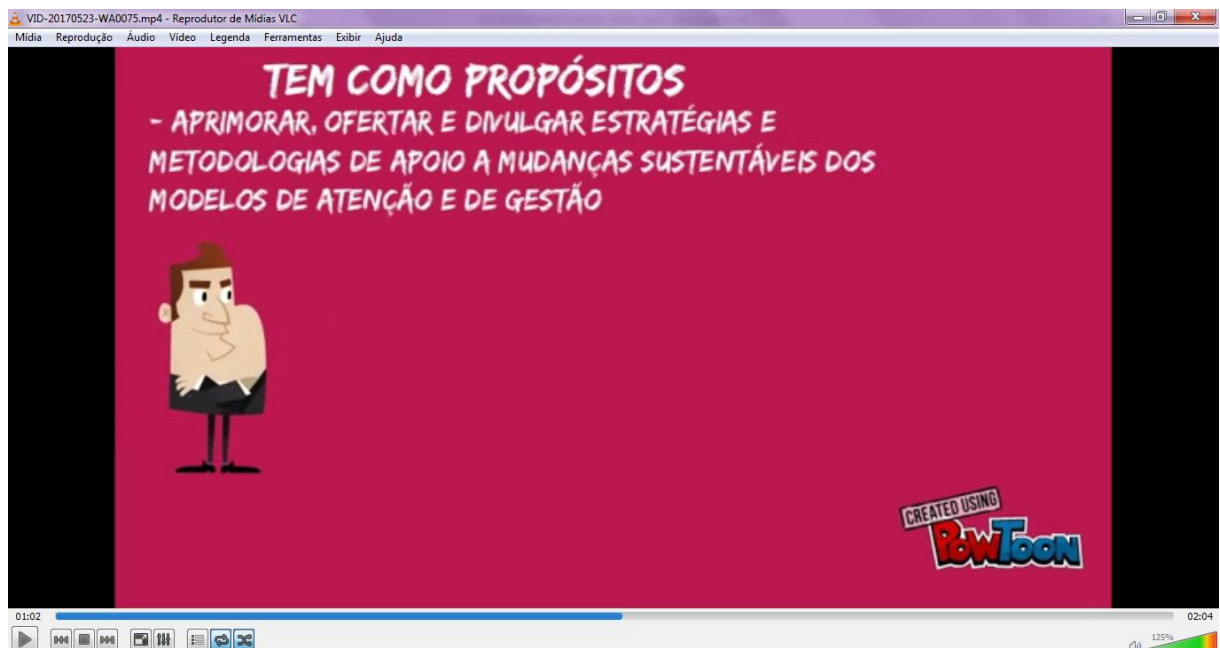
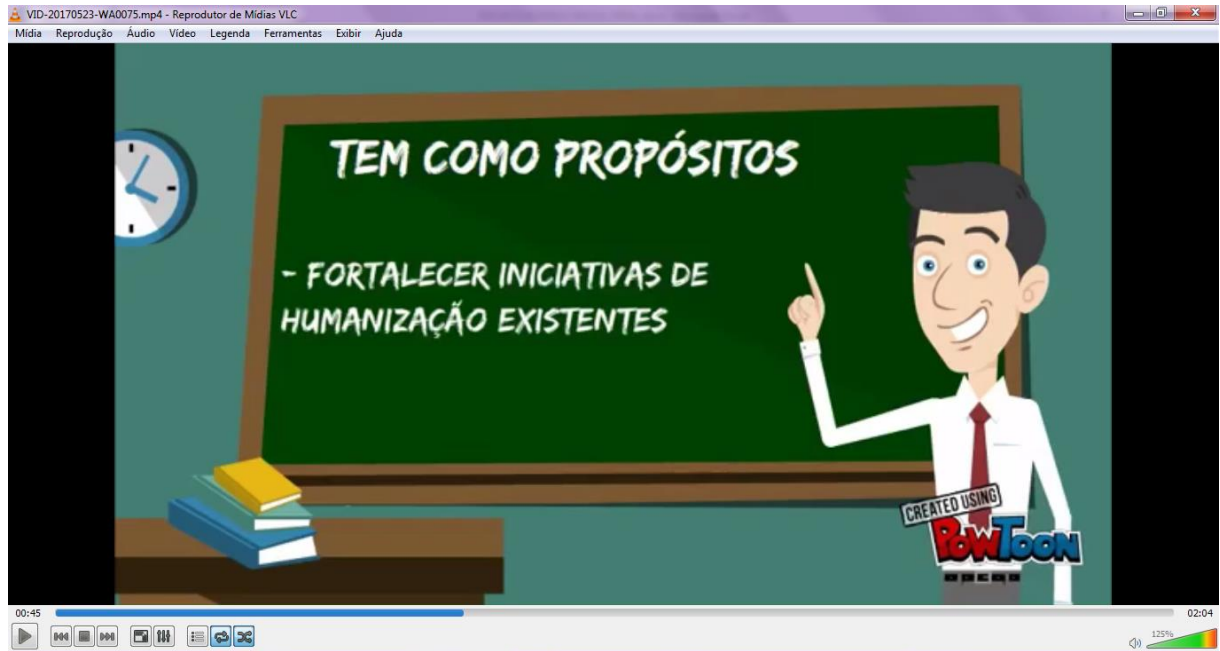
24. Amorim MJ. Análise da implementação da Política Nacional de Humanização-PNH no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá-HPSMC [Monografia]. Especialização em Gestão Pública em Saúde. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.
25. Salgueiro JB, Ramos MZ, Falk MLR, Raymund MM, Schenkel SS. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev. HCPA, 27(2): 5-9, 2007.
26. Carvalho AMO. Gestão da qualidade nos serviços assistenciais públicos. Revista Inova Ação, Teresina, 1(1): 52-70, 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Editora MS, 2009.

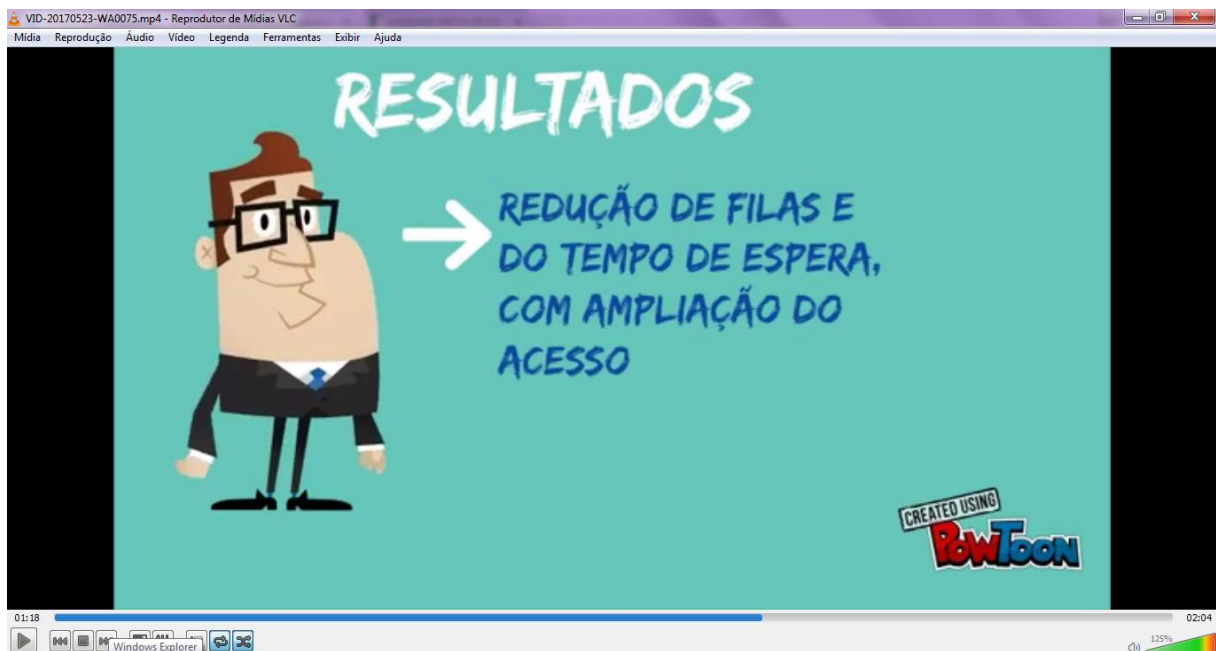
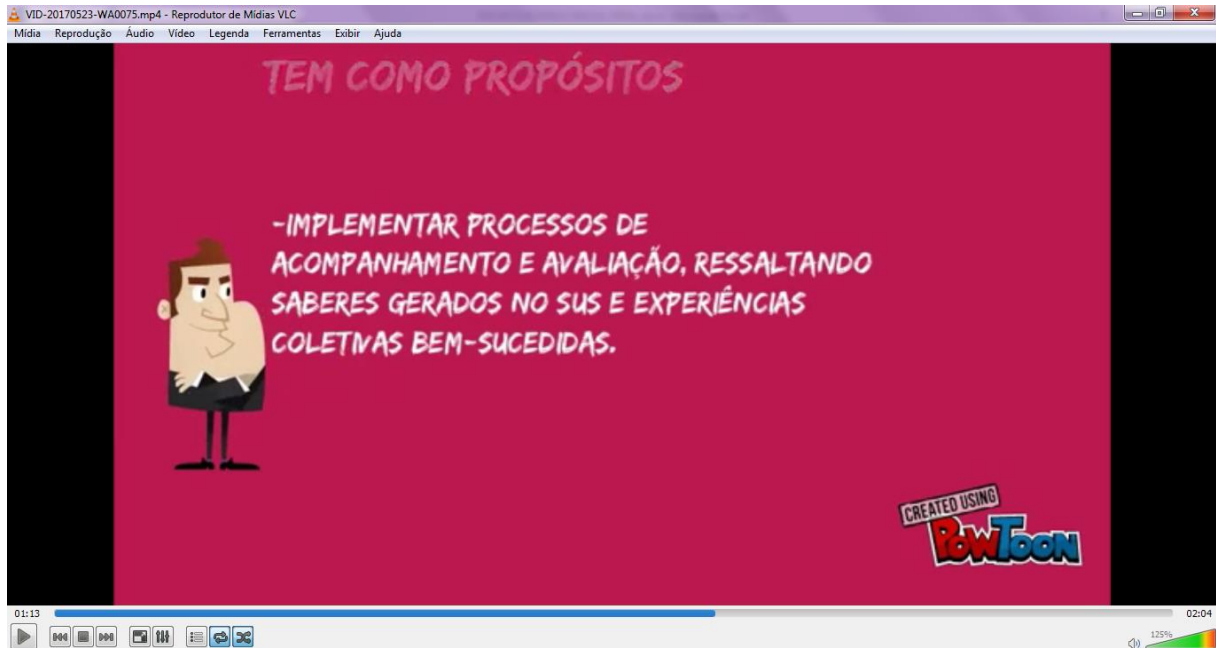
4.2 Produto: Vídeo Institucional sobre o HumanizaSUS

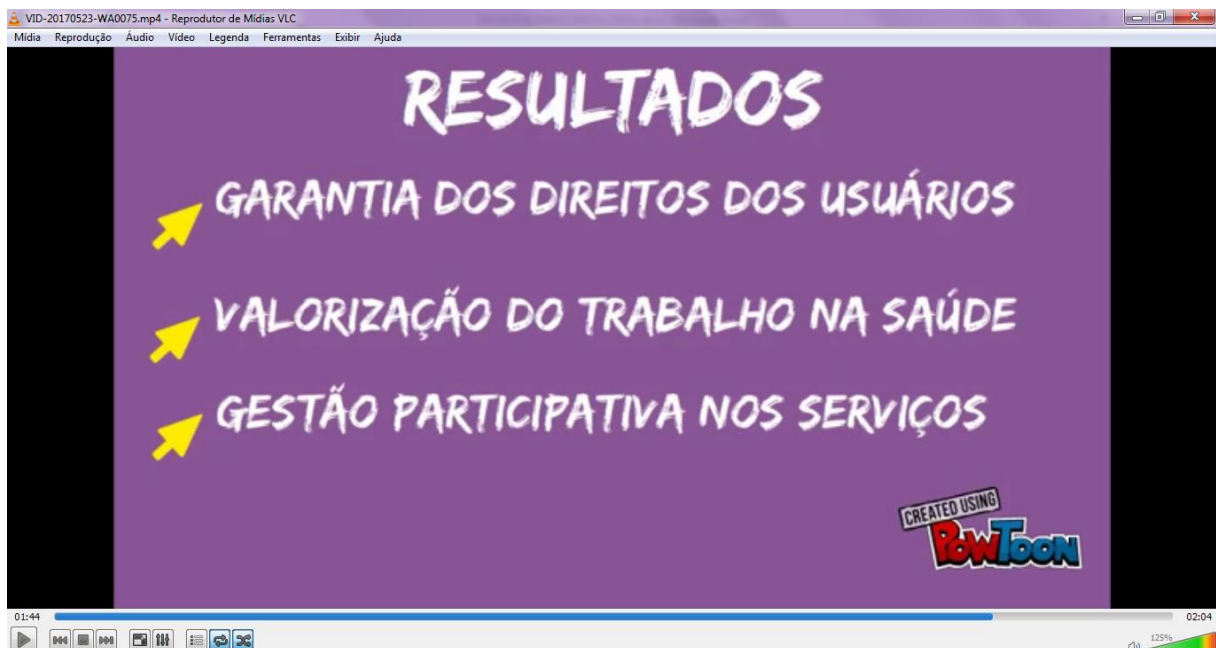
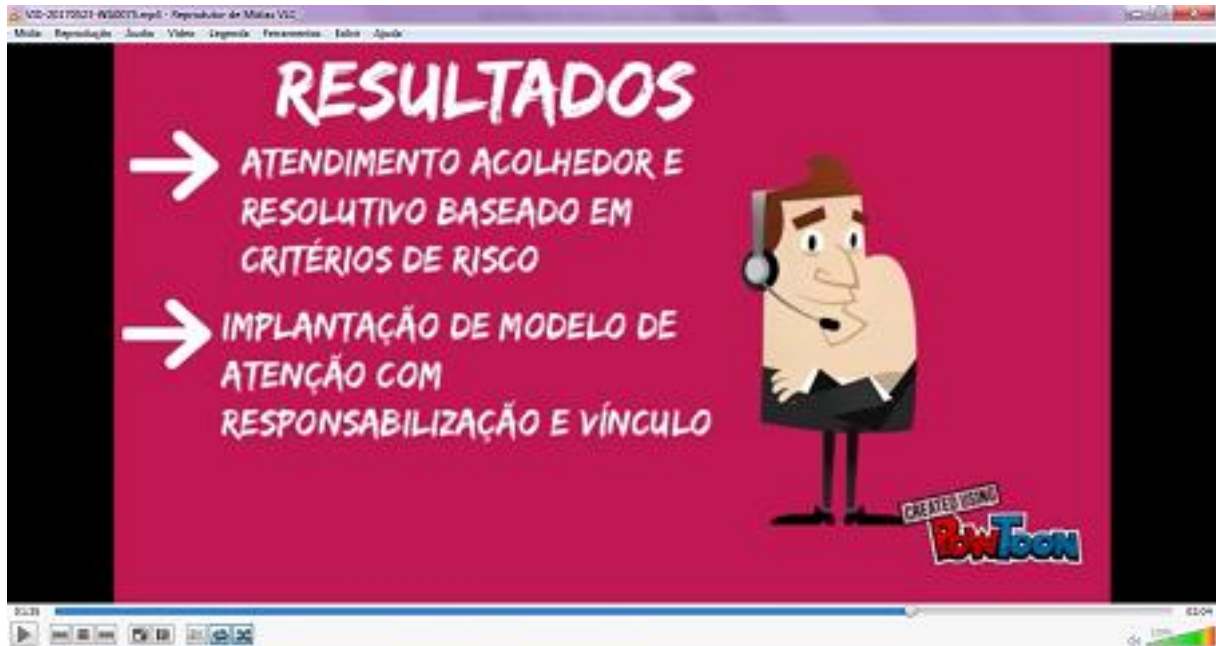
Vídeo institucional sobre o HUMANIZASUS, como uma ferramenta de comunicação e divulgação no intuito de disseminar amplamente o processo de humanização para o acolhimento em saúde. Visando a valorização da metodologia e agregação de valores à imagem do Hospital, fazendo assim, parte das ações de comunicação e marketing do Hospital Público Municipal Mariano Gayoso Castelo Branco.













5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da trajetória histórica da assistência à saúde revela as dificuldades outrora enfrentada pela população brasileira. Assim, o atual sistema brasileiro pode-se considerar fruto de várias lutas sociais, lutas estas que continuam acontecendo, pois, infelizmente, não se alcançou ainda a plenitude deste modelo assistencial.

A formalização do Sistema Único de Saúde como sistema oficial de saúde brasileiro ocorreu em 1988, pela Constituição Federal. Na teoria, o SUS é um modelo referência para diversos países, na prática, a sua operacionalização é deficitária, deixando a desejar em aspectos físicos, humanos e assistenciais.

Não sendo bastante, o processo de desumanização no atendimento se alastrou para todas as unidades de saúde. Percebe-se, no entanto, que a Política Nacional de Humanização, mesmo 14 anos após sua elaboração não conseguiu ser incorporada por todos os profissionais e ainda é um grave problema relacionado a assistência à saúde.

Nessa perspectiva, o processo de concepção da PNH no Hospital Público Municipal de Teresina enfrenta muitas dificuldades, principalmente de cunho cultural e relacionados a capacitação dos funcionários. Mas, percebe-se um enfrentamento diário dos gestores a fim de sanar essas problemáticas.

Conclui-se, no entanto, que este processo de concepção, por mais que difícil, está ocorrendo de forma satisfatória, pois já se observa a transposição cultural e instauração de uma abordagem propícia no relacionamento e na atuação em saúde dos funcionários e gestores do referido hospital.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª. Edição. Belo Horizonte: Instituto Félix Guatarri, 2002.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, 18(3): 33-40, 2004 .

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

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 389-406, 2005b.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Agência de Notícias Humanização**. Brasília-DF, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012**, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Executivo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

_____. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional Humaniza SUS**: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2029**, datada de 24 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAVALCANTI, F. M. **O usuário do (SUS) Sistema Único de Saúde e seus direitos**: uma revisão da literatura [Monografia]. Curso de Administração Pública. Universidade Estadual da Paraíba. 2014.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1922 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In GIOVANELLA L, et al., organizador. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2008.

FERREIRA, F. F.; CALVOSO, G. G.; GONZALES, C. B. L. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. **Psicologia, reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 243-250, 2002.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

FMS. Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI. **Hospitais**. [Online] 2016. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/hospitais>>. Acesso em: 02 fev 2017.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade**: a visão estratégica e competitiva. Qualitymark, São Paulo. 1992.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, L. **1808**: Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História de Portugal e do Brasil, São Paulo, Editora Planeta do Brasil, 2007.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 10(3): 791-825, 2003.

HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

KIND, L. Elementos para análise temática em pesquisa qualitativa. In: Colóquio Interinstitucional de Laboratórios de Psicologia, 1, 2007, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.

LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARTINS, S. P. **Direito da seguridade social**. 30 ed. São Paulo: Atlas. 2010

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11.a ed. São Paulo: ed. Hucitec, 2008.

MORAES, G. S. **Um olhar sobre a mortalidade em campinas no final do século XIX: imigrantes e nativo** [Dissertação]. Mestrado em Demografia. Universidade Estadual de Campinas. 2014.

MOREIRA, M. A. D M, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3231-3242, 2015.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. organizadores. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 21(1): 15-35, 2014.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

PESSANHA E. G. F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1569-1580, 2013

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão** [Online] 2015. Disponível em: < <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 18 jan 2017.

REBELO, F.; MAIO, M. C.; HOCHMAN, G. O princípio do fim: o "torna-viagem", a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. **Estud. hist. (Rio J.)**. 24(47), 2011.

REZENDE FILHO, C. B. **História econômica geral**. 9º ed. São Paulo: Contexto, 2008.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, I.S. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparativa do SUS**. São Paulo. Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus. 1994.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

TRAJANO, A. R. HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea? In: Melo, Elza Machado (org.). **Podemos prevenir a violência**. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2010.

VARES, S. F. A dominação na República Velha: uma análise sobre os fundamentos políticos do sistema oligárquico e os impactos da Revolução de 1930. **História: Debates e Tendências**. v. 11, n. 1, jan./jun. 2011.

VASCONCELOS M. F. F.; MORSCHER, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl.1, p. 729-38, 2009.

WESTIN, R. **Jornal do Senado**. Há 60 anos, crise fez Brasil ter 3 presidentes numa única semana. Brasília, 2015.

WOOD, J. T.; CALDAS, M. P. **Transformação e realidade organizacional**: uma perspectiva brasileira. Atlas, São Paulo. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
Mestrado Profissional em Saúde da Família

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistado n.º:
Função:
Tempo de serviço:

1. Fale sobre sua trajetória profissional.
2. Como ingressou no hospital universitário e como foi sua participação na implantação da PNH?
3. Como se realizou o contato com Ministério da Saúde e a aproximação com a PNH?
4. Como ocorreu a intervenção do MS para implantação do HumanizaSUS?
5. Quais foram as estratégias de divulgação, disseminação, sensibilização e mobilização para a PNH?
6. Quais negociações foram necessárias nesse processo?
7. Quais foram as mudanças, avanços e impasses propiciadas pela PNH no hospital universitário?
8. Na sua percepção, como a PNH chega aos trabalhadores que estão na ponta do serviço?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAP
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da **“POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal.”**, desenvolvida por Rodrigo Braga Fernandes Vicitá, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafap, sob orientação da Professora Dr. Eliana Campelo Lago. O objetivo central do estudo é **“AVALIAR A CONCEPÇÃO DOS GESTORES REFERENTE AO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA HUMANIZASUS EM ÂMBITO HOSPITALAR.”**

O convite a sua participação se deve porque você é gestor do Hospital Municipal Dr. Mariano Gayoso Castelo Branco. Sua participação é muito importante. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

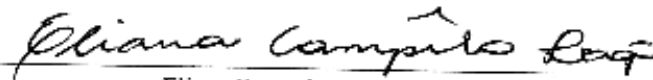
Você será identificado através de código numérico exemplo: (0001,0002,00003...) A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, e do questionário aproximadamente trinta minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAP.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, que também permitirá a interação da temática relacionada à pesquisa, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, e sociedade como um todo.

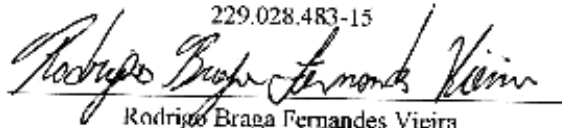
Os participantes do estudo correrão riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Também, caso necessário, o entrevistado terá direito de desistir da divulgação de seus dados. Devido à longa duração do questionário o entrevistado poderá sentir cansaço ao responder ao mesmo.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12. Este documento é redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao participante, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAP, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".



Eliana Campelo Lago
Pesquisadora Responsável
229.028.483-15



Rodrigo Braga Fernandes Vieira
Pesquisador Participante
470.544.683-68

Contato com Eliana Campelo Lago: 2106-0723, e-mail: Eliana@uninovafapi.edu.br

Teresina, ____ de ____ de 2017

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

ANEXOS

ANEXO A

Hospital Mariano Gayoso Castelo Branco – Bairro Santa Maria da Codipi
Alameda Francisco Nogueira, S/N, Residencial Francisca Trindade, Bairro: Santa
Maria da Codipi, Teresina/PI, CEP 64012-000
Telefones: (86) 3215-1188 (Geral)
E-mail: fht.hospmcb@teresina.pi.gov

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os pesquisadores Eliana Campelo Lago e Rodrigo Braga Fernandes Vieira realizar a etapa de coleta de dados que consta em aplicar um questionário aos gestores do Hospital utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição e posteriormente a implantação do Programa HumanizaSUS.

Teresina, 02 de Julho de 2017.



Ana Clélia de Sousa Marques
Diretora Geral
Hospital Mariano Gayoso Castelo Branco

Ana Clélia de Sousa Marques
Diretora Geral
Hospital Mariano Gayoso Castelo Branco

ANEXO B

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: concepção dos gestores quanto ao processo de implantação do Humaniza-SUS em um hospital público municipal

Pesquisador: ELIANA CAMPELO LAGO

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 56955016.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.434.097

Apresentação do Projeto:

Este trabalho constitui-se em pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, vinculada ao Mestrado em Saúde da Família do Uninovafapi.

Será realizado no Hospital Público no município de Teresina - PI, Hospital "Dr. Mariano Gayoso Castelo Branco".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: - Analisar a concepção proposta de implantação do Programa HumanizaSUS no âmbito hospitalar;
- Conhecer a percepção dos gestores quanto a implantação do Programa HumanizaSUS em seu ambiente de trabalho; - Levantar as dificuldades enfrentadas pela Gestão do Hospital no processo de implantação do Programa.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos conforme Item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância social e científica, viabilidade temporal e financeira, está bem fundamentada cientificamente e a pesquisadora responsável é dotada de conhecimento e experiência na área e sobre o objeto a ser estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo consta de todos os termos obrigatórios.

Endereço: Rua Milton Dantas Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Luguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2108-0738

Fax: (86)2108-0740

E-mail: cep@uninovafap.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenador do CEP Uninovafap

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.434.087

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada está de acordo com o previsto na Resolução CNS n. 466/2012, portanto está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1006577_E1.pdf	06/12/2017 16:44:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcmrodrigo.pdf	10/11/2017 22:54:18	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	10/11/2017 21:36:19	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	10/11/2017 21:36:02	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.pdf	10/11/2017 21:35:28	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce.pdf	10/11/2017 21:25:36	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/11/2017 21:24:24	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	questionario.pdf	10/06/2016 20:05:00	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	latteseliana.pdf	10/06/2016 20:04:31	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattesrodrigo.pdf	10/06/2016 20:04:23	ELIANA CAMPELO LAGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vitorino Dantas Fernandes, 8123
Bairro: Bairro da Urquiza CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninova-espi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Presidente do CEP UNINOVESPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer 2.434.097

TERESINA, 13 de Dezembro de 2017

Theonas Gomes Pereira

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenador de CEP UNINOVAPI

Endereço: Rua Vilfredo Ortişes Fernandes, 8123
Bairro: Bairro de Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (66)2106-0736 Fax: (66)2103-0740 E-mail: cep@uninovaapi.edu.br

Página 02 de 02