

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO HGCR**

VÂNIA REGINA DE CAMPOS

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 17 / 04 / 06

FLORIANÓPOLIS

2006

VÂNIA REGINA DE CAMPOS

O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO HGCR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social, da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^ª Rosane Suely May
Rodrigues Pereima.

FLORIANÓPOLIS

2006

VÂNIA REGINA DE CAMPOS

O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO HGCR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Rosane Suely May Rodrigues Pereira
Profª do Depto. de Serviço Social/UFSC
Orientadora



Maria Manoela Valença, Dra.
Profª do Depto. de Serviço Social/UFSC
1ª Examinadora



Miriam Dolores Moresco Silva
Assistente Social – Hospital Governador Celso Ramos
2ª Examinadora

Dedico este trabalho a minha mãe e às minhas irmãs, pelo companheirismo, por tudo o que me ensinaram e por me apoiarem em toda a trajetória da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por todas as oportunidades que ele me proporciona.

A minha mãe, por ser a mulher batalhadora e maravilhosa que é. Me orgulho de sua capacidade de superar todas as dificuldades encontradas pelo caminho e, principalmente, por você ser a melhor mãe do mundo. Te amo!

As minhas queridas irmãs Tânia e Silvania, que nunca deixaram de torcer por mim e em momento algum me deixaram caminhar sozinha. Minha vida não teria o mesmo sentido sem vocês!

Ao meu pai, ao meu padrasto e ao meu cunhado Oberti, por suas presenças e incentivos.

Ao meu sobrinho Júnior que deu um brilho especial em minha vida. Juninho, obrigado por me proporcionar momentos maravilhosos em seu mundo encantado!

Ao meu querido amigo Rogério, obrigado por estar ao meu lado durante todos esses anos.

A Assistente Social Sr^a. Shirley, minha supervisora de estágio. Obrigada por ter me recebido de braços abertos, por ter me passado tanta confiança e principalmente por ter acreditado em mim. Profissionalmente sempre me espelharei em você. Agradeço também a atenção e a orientação dos Assistentes Sociais Carlos, Eliane, Josiane e Miriam. Agradeço ao carinho e a amizade da Sr^a. Gilda e do Sr. Vilmar.

Aos pacientes do HGCR, que me ensinaram muito e também por terem sido tão gentis, carinhosos e sinceros nas entrevistas.

A professora Rosane Pereima, por sua amizade e pela orientação desta monografia.

A todos os amigos da UFSC, em especial a Andréia Santos, Mari Ângela, Fabrícia, minha amiga inseparável e a Maria de Lurdes, que me ensinou o verdadeiro valor de uma amizade.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Embora não podemos voltar atrás para fazermos um novo começo, espero que todos possamos recomeçar agora, e a qualquer tempo, para fazermos um novo fim”.

Chico Xavier

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo com objetivo de investigar o atendimento dispensado aos pacientes internados por diferentes convênios no Hospital Governador Celso Ramos. Este estudo aborda sobre a prática o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, desenvolvido no Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis. Este programa tem o incentivo do Ministério da Saúde, com adesão dos gestores do SUS, das Secretarias Municipais e das Secretarias Estaduais de Saúde. O interesse por esta pesquisa iniciou-se no período de estágio curricular que se realizou no segundo semestre de 2004 no setor de Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos, momento em que acompanhou-se a atuação do profissional de Serviço Social frente ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar nessa instituição. Para chegar-se ao resultado deste estudo, utilizou-se como instrumento de coleta de dados a aplicação de um questionário contendo dezessete perguntas fechadas, possibilitando, ao sujeito da pesquisa, espaço para sugestões. O questionário foi aplicado a vinte pacientes que estavam internados há mais de 48 horas. A amostra da pesquisa é composta por dez pacientes internados pelo SUS, nove pacientes internados por outros convênios e um internado de forma particular. Através da coleta, tabulação, interpretação e compreensão dos dados, constatou-se que mesmo com o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar ainda existem obstáculos a serem superados, para que os usuários possam ter atendimento humanizado satisfatório.

Palavras-chaves: Serviço Social; Humanização Hospitalar; Direitos do Paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Satisfação do paciente internado pelo SUS quanto ao serviço médico recebido.....	44
Gráfico 2 - Satisfação do paciente internado pelo SUS quanto ao serviço recebido pelos profissionais de enfermagem.....	45
Gráfico 3 - Satisfação do paciente internado pelo SUS quanto ao serviço de nutrição.....	46
Gráfico 4 - Satisfação do paciente internado pelo SUS quanto aos serviços gerais.....	47
Gráfico 5 - Satisfação geral do paciente internado pelo SUS.....	48
Gráfico 6 - Satisfação do paciente internado por outros convênios ou particular quanto ao serviço médico, recebido	49
Gráfico 7 - Satisfação do paciente internado por outros convênios ou particular quanto aos serviços recebidos pelos profissionais de enfermagem.....	50
Gráfico 8 - Satisfação do paciente internado por outros convênios ou particular quanto ao serviço de nutrição.....	51
Gráfico 9 - Satisfação do paciente internado por outros convênios ou particular quanto aos serviços gerais.....	51
.....	
Gráfico 10 - Satisfação geral do paciente internado por outros convênios ou particular.....	52
Gráfico 11 - Satisfação geral = SUS / particular e outros.....	53

LISTA DE SIGLAS

CAP'S - Caixa de Aposentadoria e Pensões
CF - Constituição da República Federativa do Brasil
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
COFINS - Imposto sobre o Lucro
CPMF - Imposto sobre Movimentação Financeira
GAD - Grupo de Apoio ao Diabético
GTH - Grupo de Trabalho de Humanização
HGCR - Hospital Governador Celso Ramos
IAP'S - Instituto de Aposentadorias e Pensões
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadoria
IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPVA - Imposto sobre os Automóveis
NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOBS - Norma Operacional Básica da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização não Governamental
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS - Serviço Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
TMO - Tratamento de Medula Óssea
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTSI - Unidade de Terapia Semi-intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 – CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA	
1.1. A instituição hospitalar.....	13
1.1.1 Classificação dos hospitais.....	14
1.2 Contextualizando o Hospital Governador Celso Ramos – HGCR	15
1.3 A política de saúde pública no Brasil.....	18
1.3.1 VIII Conferência Nacional de Saúde.....	19
1.3.2 O direito à saúde na Constituição de 1988.....	20
1.3.3 Implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS.....	21
1.4 Saúde pública e saúde privada.....	24
1.5 A descentralização e a municipalização da saúde.....	26
2 – O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO	
2.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.....	28
2.2 A Humanização Hospitalar do HGCR.....	33
2.3 O Serviço Social do HGCR a frente do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.....	36
3 – A PESQUISA E O PROCESSO METODOLÓGICO	40
3.1 O processo metodológico.....	41
3.2 A análise dos dados.....	43
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
SUGESTÕES	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	63
ANEXOS	67

INTRODUÇÃO

A intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto da democratização do país nos anos 80, levou a consagração da saúde, contemplada na Constituição Nacional de 1988. A partir de então, a saúde é vista como um direito universal e igualitário e o Estado tem o dever de garanti-la através de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doença e outros agravos.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foram firmadas pelo Ministério da Saúde a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. O Ministério também apontou para uma nova concepção de saúde, que não se reduz à ausência de doença, mas sim a uma vida com qualidade, ampliando o seu conceito.

Mas na realidade o SUS passa por muitos problemas, inúmeras distorções. Vários desvios foram e continuam sendo constatados em diversos pontos do sistema, que parece carecer de uma política de comunicação mais eficiente. O setor sofre, sobretudo da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Essa situação permite o crescimento da corrupção e também a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas de saúde da população.

No país é grande o número de usuários insatisfeitos com o serviço público de saúde, demonstrando que nosso atual sistema de saúde limita-se a proporcionar assistência médica de boa qualidade a um número relativamente pequeno de pessoas.

Entre vários aspectos que beneficie o atendimento aos usuários do sistema de saúde, a humanização hospitalar é uma necessidade urgente para que possamos eliminar as situações que possam gerar apreensões, incertezas e repercussões negativas nas instituições hospitalares.

Durante o período de estágio, percebemos diferença nos atendimentos prestados pela instituição aos seus pacientes internados. A partir desta percepção, decidimos construir o Trabalho de Conclusão de Curso sobre a prática do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) dentro do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), focando o nível de satisfação do atendimento recebido pelos pacientes internados nas unidades dessa instituição. No período do estágio que se deu no segundo semestre de 2004, percebemos

através de uma pesquisa piloto, que o paciente internado pelo convênio do SUS, encontrava-se mais insatisfeito com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde do que os pacientes internados por outros convênios ou particular. Este fato despertou-nos curiosidade em saber se realmente existia essa diferenciação de atendimento. Dessa forma, uma nova pesquisa foi realizada com autorização dos pacientes e com autorização do comitê de ética do próprio hospital.

Objetivamos verificar a prática do PNHAH pelos profissionais do hospital e as conquistas alcançadas pela instituição com a execução do mesmo, através da pesquisa realizada com vinte pacientes internados pelo SUS, convênios e particular.

Para o Ministério da Saúde, humanizar a assistência hospitalar é dar lugar tanto a palavra do paciente quanto à palavra do profissional de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

O paciente internado busca na instituição hospitalar recuperar a sua saúde. Em seu período de internação analisa e questiona tudo que possa auxiliar na busca da cura de sua enfermidade. Entre muitos, podemos destacar: o conforto, o espaço físico, a tecnologia e principalmente a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde.

Tendo como referência o PNHAH para a conclusão desse trabalho, destaca-se como objetivo do mesmo: junto ao paciente internado, verificar o nível de satisfação quanto ao atendimento recebido.

A exposição do presente trabalho está organizado em três capítulos, descritos a seguir.

No primeiro capítulo foi realizado um estudo da caracterização do cenário de prática, com o objetivo de fazer uma contextualização da saúde no país. Neste capítulo incluímos as características da instituição hospitalar, a classificação dos hospitais, a contextualização do Hospital Governador Celso Ramos, um breve histórico da política de saúde, os movimentos e as conquistas no setor de saúde no Brasil, a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde, saúde pública e saúde privada e ainda a descentralização e municipalização da saúde no país.

O segundo capítulo apresenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, seus objetivos e a importância do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Este capítulo também trata da questão da Humanização Hospitalar dentro do Hospital Governador Celso Ramos e os serviços realizados pelos assistentes sociais do hospital em relação ao PNHAH.

No terceiro capítulo apresentamos a pesquisa qualitativa e seu processo metodológico. Incluímos também, através de gráficos, a divulgação do resultado da pesquisa de satisfação do paciente internado no HGCR.

Após os três capítulos, apresentamos as considerações finais, algumas sugestões que acreditamos contribuir para o processo de humanização no HGCR, além das referências, apêndices e anexos.

CAPITULO I

1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA

Nosso estudo tem como cenário de prática o Hospital Governador Celso Ramos, onde desenvolvemos o estágio curricular como exigência parcial do processo de formação do Curso de Serviço Social.

1.1. A instituição hospitalar

Sabe-se que a instituição hospitalar vem sendo desenvolvida ao longo da história, baseada em tradições e costumes dos povos, considerando a evolução natural da humanidade. Deixou de ser um local onde se abrigavam mendigos e doentes, tornando-se uma instituição organizada, com técnicas, preparada para atuar no processo saúde x doença.

A palavra hospital vem do latim “hospitalis”, adjetivo derivado de hospes (hóspedes, estrangeiro), significando também o que dá agasalho, que hospeda (BERWICK, 1994). Existem diversas definições para hospital. A Lei Orgânica de Assistência Hospitalar, de 1964, define hospital como:

instituição convenientemente aparelhada em pessoal e material, destinada a atender pessoas, em regime de internação, para diagnóstico, tratamento e reabilitação, incumbindo-lhe, ainda, proporcionar meios para a promoção da educação sanitária, da prevenção, do ensino e da pesquisa (LOAH apud BEREZOVSKY, 1987, p. 9).

Mirshawaka (1994, p. 98), elucida-nos

A organização Mundial de Saúde (OMS), em 1956, definiu o hospital como sendo uma parte integrada de uma organização médica e social, cuja função

é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva, cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente.

Os primeiros hospitais surgiram em Roma e tinham como finalidade cuidar dos doentes. Inicialmente, o hospital foi estabelecido como instituição filantrópica e local de ajuda aos pobres, caracterizado como instituição religiosa (BERWICK, 1994). Sabe-se que além da atenção e dos serviços de enfermagem, os primeiros hospitais tinham pouco a oferecer.

Em 1854, surgem os primeiros hospitais no Brasil. Foram instalados inicialmente nos estados de São Paulo e Bahia e eram chamados de Santa Casa da Misericórdia.

Sabe-se que a Misericórdia foi um movimento que surgiu na Idade Média e foi de grande importância para a assistência hospitalar. O que provocou o surgimento das Misericórdias foi o aparecimento de pestes. Os hospitais funcionavam com diversas atividades para o tratamento dos enfermos, além do transporte de doentes, a distribuição de alimentos aos pobres e outros trabalhos assistencialistas.

Os conhecimentos na área da saúde só se expandiram a partir de 1930, com os diagnósticos e tratamentos e, assim, as especializações médicas. Nos anos 60 e 70, considera-se a instituição hospitalar como um centro de saúde para diagnóstico e tratamento da comunidade (GOUVÊA, 1999).

O rápido desenvolvimento da tecnologia biomédica, os grandes conhecimentos, o crescimento no campo de atuação dos agentes de saúde, a grande diversificação das especialidades médicas, compreendem os fatores que contribuíram para a transformação do hospital em uma instituição dinâmica e empreendedora.

1.1.1. Classificação dos hospitais

Conforme Silva (1998), de maneira geral, os hospitais podem ser classificados por seus aspectos clínicos e pelo número de leitos. Então, Hospital Geral é capacitado para prestar assistência a pacientes de várias especialidades clínicas e cirúrgicas. Hospital Especializado é capacitado a prestar assistência a pacientes portadores de uma determinada doença.

Segundo Silva (1998), os hospitais também podem ser classificados como: Hospital Oficial, pertencente a órgãos oficiais da administração direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, Hospital Filantrópico, que não visa lucro e destina um percentual de sua lotação gratuitamente a pacientes desprovidos de quaisquer recursos. Hospital Base, refere-se à instituição de grande complexidade dentro de uma área definida. Hospital de Corpo Clínico Aberto é aquele que possui corpo clínico próprio, mas permite que qualquer médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus pacientes. Hospital de Corpo Clínico Fechado dispõe de corpo clínico próprio, não permitindo que outro médico utilize as suas instalações.

Hospital de Ensino, além de prestar assistência sanitária à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos. Hospital Beneficente não possui lucro e assiste grupos específicos de pessoas, sendo mantido por contribuições e doações particulares. Não remunera os membros de sua diretoria, aplica integralmente os seus recursos na manutenção e no desenvolvimento dos seus objetivos sociais e de seus bens.

Os hospitais podem ser ainda classificados pelo número de leitos. Então, hospital de pequeno porte apresenta capacidade máxima instalada de até 50 leitos. Hospital de médio porte tem capacidade para atendimento de 51 a 150 leitos. Hospital de grande porte compreende a capacidade de 151 a 500 leitos. Hospital de porte especial, tem capacidade superior a 500 leitos.

1.2. Contextualizando o Hospital Governador Celso Ramos (HGCR)

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar a comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (GONÇALVES, 1989, p.3)

Abordaremos brevemente sobre o histórico da instituição, uma vez que poderá ser encontrado em outros trabalhos científicos realizados no HGCR, como em obras de Silva (1998), Homem (2005), entre outros.

O início da construção da obra do HGCR se deu em outubro 1962. Em julho de 1963, o serviço de estaqueamento já estava concluído e no ano de 1965 a construção do prédio de onze andares estava finalizada com uma área total construída de 15.000 m².

O HGCR pertence à Secretária do Estado da Saúde. Foi institucionalizado através da lei nº. 3.765 de 17 de dezembro de 1965 e inaugurado em 06 de novembro de 1966.

O HGCR foi construído a princípio para prestar atendimento de saúde para os servidores públicos e seus dependentes. Atualmente, atende a comunidade da Grande Florianópolis e pacientes de outras cidades de Santa Catarina.

Hoje, o hospital é uma instituição prestadora de serviços, com o objetivo de promover a saúde integral do paciente e servir de campo para o ensino e pesquisa.

O HGCR é classificado como um hospital geral e de grande porte. Destina-se, a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas. É um hospital de atendimento exclusivo de pessoas adultas.

Este hospital é centro de referência para todo o Estado de Santa Catarina e atende a diversas especialidades como: Neurocirurgia, Neurologia, Urologia, Vascular, Ginecologia, Ortopedia, Nefrologia, Angiologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Bariátrica e outras.

Ao longo de seus 39 anos de existência presta atendimento a toda população, em especial aos usuários do Sistema Único de Saúde. Também prestando atendimento aos conveniados de planos de saúde privados, tais como UNIMED, GEAP, SAÚDE BRADESCO e outros.

Para atender essa população o hospital conta com 250 leitos em funcionamento, distribuídos entre as diversas especialidades. A maior parte desses leitos é destinado a pacientes do SUS. Trinta apartamentos são reservados para outros convênios e para atendimentos particulares. Essa unidade hospitalar também presta atendimento aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos através de seus 11 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e seus 16 leitos da Unidade Semi-Intensiva (USI)..

A instituição também conta com uma Unidade de Rim que presta assistência aos pacientes renais crônicos, onde são realizadas seções de hemodiálise e preparação para transplante renal. Esses transplantes são realizados no Centro Cirúrgico do Hospital que funciona com sete salas cirúrgicas para todas as especialidades. No hospital também é

realizado transplante de medula óssea através da Unidade de Tratamento de Medula Óssea (TMO).

O HGCR conta também, com a Comissão Intra-Hospitalar para Captação de Órgãos, equipe esta responsável por todo o processo de captação/doação de órgãos, que é subordinada a Central Estadual de Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Santa Catarina.

Além desses serviços, o hospital ainda oferece consultas ambulatoriais nas especialidades de dermatologia, ginecologia, vascular, ortopedia, otorrinolaringologia, clínica geral, oftalmologia, gastrologia, gastroplastia e outras. No ambulatório são atendidos também pacientes da Clínica da Dor e do Sono.

Além dos serviços necessários como lavanderia, cozinha, refeitório, almoxarifado, serviço de manutenção, setor de contas, registro geral, arquivo médico, central de material e esterilização, o hospital dispõe de biblioteca, centro de estudos, associação dos médicos e residência médica, entre outros.

A missão do HGCR é prestar assistência de referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriada, no âmbito da saúde (HGCR, [s/d]).

Com o intuito de cumprir sua missão, o hospital funciona como Hospital Escola, treinando e especializando os profissionais da área da saúde através do Serviço de Residência Médica nas especialidades de Anestesiologia, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia Geral (gastroplastia), Urologia, Clínica Geral, dentre outras, bem como, é campo de estágio para os cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Técnico e Auxiliares de Enfermagem.

O HGCR possui um grupo de voluntários que contribui no auxílio assistencial aos pacientes internados e funcionários quando pertinente. Este grupo também colabora em datas comemorativas contribuindo nas decorações, almoços especiais e distribuição de pequenas lembranças em datas festivas, etc.

Hoje são 940 servidores prestando serviços no hospital, sendo 140 profissionais médicos. O HCGR conta com 95 funcionários terceirizados que prestam serviços de limpeza e vigilância.

O HGCR presta atendimento de emergência ambulatorial e internação, 80% desses atendimentos são realizados pelo convênio do SUS e 25% dos pacientes são provenientes do interior de Santa Catarina.

Desde sua fundação já passaram pelo hospital cerca de 185.000 pacientes. O número de pacientes atendidos na emergência é de aproximadamente 450 por dia e cerca de 538 internações mensais, perfazendo uma média de 18 pacientes internados por dia.

A forma de organização da instituição pode ser melhor entendida com o auxílio do organograma que se encontra em anexo nesta monografia.

1.3. A política de saúde pública no Brasil

Entendemos que seria importante relatarmos alguns pontos referentes à história da saúde no Brasil para melhor compreendermos a política do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Em 1930 o Brasil se depara com uma realidade devastadora. “O país era arrasado por doenças infecto-contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, entre outras” (WESPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 21)

Nesse período, fez-se necessário uma política de saneamento para que as doenças fossem controladas. Sem este controle o país seria prejudicado em sua economia agroexportadora.

Em 1948, surge oficialmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de elevar os padrões de saúde do planeta. A OMS tem sua sede situada em Genebra na Suíça. Atualmente, a organização possui 191 países membros, que se comprometem a adotar e colocar em prática as normas e regulamentos sanitários estabelecidos pela entidade.

O saneamento é definido pela Organização Mundial de Saúde como: “o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos deletério (prejudicial) sobre o bem estar físico, mental e social” (OMS, 2005).

A partir de 1930 a saúde é vista como questão social, fazendo-se necessário o desenvolvimento de políticas sociais. Grandes mudanças ocorreram no Brasil. Conforme

Wesphal e Almeida (2001), a saúde foi vinculada ao Ministério da Educação por meio do Departamento Nacional de Saúde. Nesse período, surgiram diversos modelos de hospital de assistência médica para tratamento de doenças como a tuberculose e hanseníase.

As tentativas de ampliação da proteção social no Brasil vem desde a década de 20. Vem se mostrando através de medidas ou sistemas de arrecadação previdenciária. Em 1923, nasce a Assistência Médica da Previdência Social, com a aprovação da Lei Elói Chaves, criando a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's); posteriormente surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Os IAP's eram estruturados por categorias profissionais; a seguir, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), aumentou o número de brasileiros com cobertura previdenciária; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), incentiva ações de assistência médica no Brasil; Com o surgimento do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) as regras gerais de funcionamento do sistema passam a ser de sua competência. As Ações Integradas de Saúde compreendem formas de organização por categorias profissionais; em 1987, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) cria um modelo de assistência à saúde, baseado na cooperação e integração e não na competição. Destacamos, acima, algumas tentativas na busca de um sistema eficaz de seguridade no Brasil.

1.3.1. VIII Conferência Nacional de Saúde

Aconteceu em Brasília, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). É considerada como um marco na história da saúde no Brasil, como evento político sanitário muito importante por seu caráter democrático. Mais de 4.000 pessoas se fizeram presentes na VIII CNS, dentre eles, os usuários, trabalhadores da saúde, representantes de universidades, parlamentares, representantes de ONG's, etc. Discutiu-se a situação da saúde no Brasil e foram propostos novos rumos para a política de saúde.

Este evento, com ampla participação popular, resultou na aprovação do relatório que serviu de base para o item saúde na Constituição Federal de 1988 (CF), buscando-se o

conceito abrangente de saúde, saúde como direito de todos e dever do Estado e a implantação de um sistema único de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde emerge com o esforço do movimento sanitário que tinha como objetivo, criar uma nova política de saúde efetivamente democrática, levando em conta a descentralização, universalização e unificação para solucionar os problemas existentes no âmbito da saúde da população. O movimento orientava-se pelo ideal do direito à saúde, acreditando que o governo, juntamente com a sociedade, têm o dever de alcançar tal objetivo.

1.3.2. O direito à saúde na Constituição de 1988

A saúde deve ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é apenas conseguida pela assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salários justos, à educação, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem. (NETO, 1994, p. 11).

Durante muitas décadas no Brasil, somente os trabalhadores com registro tinham o direito de utilizar o atendimento da saúde pública, concebida como direito previdenciário. No Brasil, a intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto da democratização do país, nos anos 80, levou à consagração da saúde na Constituição Federal de 1988, como direito universal e dever do Estado.

A constituição de 1988 trouxe um novo conceito. Trata da saúde em seus artigos 196 a 200, colocando-a como ponto principal.

O Art. 196 da CF aborda a saúde como: “direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

O Sistema Único de Saúde é referido no art. 198. Consiste na união das ações e serviços públicos de saúde, tendo por diretrizes o princípio da descentralização no nível de cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

O § 1º do Art. 199 define que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. A instituição privada completa a atuação do Sistema Único, sendo certo, no entanto, que a preferência deve ser dada a entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos. Proíbe-se a destinação de fundos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Segundo Rech (1996, pp.31-32):

a legislação não permite discriminações entre o público e o privado, e que, ao serem contratadas, as entidades privadas passam a incorporar o sistema, submetendo-se as normas técnicas administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, onde deve ser mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Os serviços privados de saúde, podem ser contratados em casos de insuficiência do setor público.

1.3.3. Implantação e regulamentação do SUS

O SUS foi normatizado a partir da Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142/90, e, com a Norma Operacional Básica da Saúde (NOBS) e Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS). O SUS é um sistema descentralizado, tendo uma única liderança em cada esfera de governo. É um sistema formado por instituições dos três níveis de governo (união, estados e municípios), sendo complementado pelo setor privado, conforme já mencionado.

O SUS é um sistema que preconiza:

- **Universalidade.** Realiza o atendimento de saúde a todos, sem distinções;
- **Integralidade.** As ações de saúde devem estar voltadas para o indivíduo e a comunidade, para a prevenção e para o tratamento;
- **Garantia de equidade.** Deve fornecer os serviços de saúde, conforme o indivíduo necessite;
- **Descentralização.** O problema de saúde dos cidadãos será resolvido com maior eficácia se a solução estiver mais próxima desses;

- **Regionalização e Hierarquização.** Os serviços de saúde ficam dispostos de uma forma regionalizada. O processo de atendimento é realizado primeiramente em um Posto de Saúde, passando pelas unidades especializadas, por um hospital geral até o hospital especializado;
- **Eficácia e eficiência.** Prestar serviços de qualidade e apresentar soluções de saúde no âmbito individual e coletivo.

Diversos são os problemas enfrentados pelos usuários do SUS. Muitas das dificuldades estão relacionadas aos seus recursos. Sabe-se que o SUS é financiado através das contribuições sociais, Impostos sobre Circulação de Mercadorias (ICMS), Imposto sobre o Lucro (Cofins), Impostos sobre os Automóveis (IPVA) e Imposto sobre Movimentação Financeira (CPMF). Conforme a planilha nacional do SUS, os impostos de CPMF, estão sendo usados para outros fins e não são repassados ao SUS. Sabe-se pela própria evolução histórica de saúde no Brasil que existe o desvio do dinheiro da saúde para outras áreas, como para pagamento de dívidas, o uso em obras de outros setores, etc.

Sabemos que a sociedade encontra dificuldades quanto ao atendimento prestado pelos serviços de saúde. Percebe-se no cotidiano, o descomprometimento político de muitos governantes e a falta de capacitação técnica na gerência desses serviços.

A regulamentação do SUS teve início com a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e com a Lei 8.142 que dispõe sobre o controle social.

Em 28 de dezembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde nº 8142. Esta foi editada tendo em vista os vetos que a Lei nº 8080 recebeu, principalmente no tocante à participação da comunidade, e ao repasse direto de recursos. Estabelece à população, duas formas de participação na gestão do SUS, as Conferências e os Conselhos de Saúde. Através de seus representantes a comunidade pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Nogueira (2002, p. 153), define que:

No período em questão, como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, o que refletiu na CF de 1988. Esse avanço foi reiterado em 1990, com a aprovação das Leis 8080 e 8142. A aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde foi permeada por confrontos e negociações

intensas, refletindo a posição antagônica dos distintos grupos de interesses ligados ao setor.

Sabemos que o Estado tem como obrigação fornecer à população, serviços de saúde com qualidade. O Estado juntamente com a sociedade é responsável pela saúde em todos os seus aspectos.

Como forma de reforçar aos usuários sobre seus direitos aos serviços de saúde, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2002) listou os principais direitos desses usuários. Dentre eles destacamos¹:

- A) Acesso integral ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, à proteção e a recuperação da sua saúde;
- B) Acesso gratuito aos medicamentos necessários para o tratamento da sua saúde;
- C) Acesso a centrais de vagas, que facilite a internação hospitalar;
- D) Ter atendimento com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade;
- E) Acesso a participar dos conselhos de saúde, das plenárias das conferências de saúde, dos conselhos gestores das unidades e serviços de saúde e outras instâncias sobre políticas de saúde gerais e específicas;
- F) Garantia a proteção de sua vida privada, o sigilo de todas as informações sobre o seu estado de saúde. A quebra de sigilo poderá ser efetuada após sua expressa autorização, por decisão judicial, ou diante de risco à saúde dos seus descendentes ou de terceiros;
- G) Não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e serviços de saúde;
- H) Ter um mecanismo eficaz de apresentar sugestões, reclamações e denúncias sobre a prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais.

O cidadão ao reivindicar pelo cumprimento da lei, na busca da solução do que necessita, contribui para o processo de melhoria dos serviços e ações de saúde de toda a comunidade.

A cartilha de humanização do SUS, destaca que o sistema tem como meta tornar-se um importante meio de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, disponibilizando serviços de qualidade adequados às necessidades de cada um. O

¹ Os principais direitos dos usuários em serviços de saúde, listado pelo IDEC, podem ser encontrado no site: www.idec.org.br/files/cartilha_sus.doc

SUS se propõe a promover a saúde, dando prioridade às ações preventivas, democratizando as informações para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

1.4. Saúde pública e saúde privada

O foco da nossa pesquisa incide sobre o grau de satisfação dos pacientes internados no HGCR em relação ao atendimento recebido. Utilizamos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar como referência para este estudo. Este subitem busca a reflexão sobre saúde pública e saúde privada, já que o presente estudo envolve ambos.

A cobertura dos serviços de saúde oferecidos para a população, deve apresentar qualidade. A entidade de caráter público tem como objetivo o retorno social e as entidades privadas objetivam o lucro financeiro em troca de um investimento realizado.

O nível de saúde pública do país é insatisfatório. Sabe-se que as estruturas de atendimento médico, os equipamentos utilizados e os recursos humanos estão defasados em relação às necessidades reais da população.

Mesmo com grandes conquistas na área da saúde, garantidas pela Constituição de 1988, que traz o reconhecimento formal do direito à saúde através da implantação do SUS, está muito difícil ter uma assistência de saúde pública satisfatória. Mesmo com a descentralização e municipalização das ações, do poder e dos recursos financeiros, em muitos municípios, o direito à saúde ainda vem sendo negado, e o acesso aos serviços de saúde vem sendo garantido através de ONG's, políticos, grupos religiosos, sindicato de trabalhadores, sem o apoio dos quais muitos cidadãos não teriam respostas às suas demandas.

A insatisfação da população brasileira com a saúde pública existe há muitos anos. As longas filas de espera, a superlotação dos hospitais e o descontentamento de quem necessitava de atendimento médico, mostrou a médicos e empresários a necessidade de criar o sistema de saúde privado.

O sistema privado de saúde com atendimento médico hospitalar, conforme Linhares (2005, p. 28), “foi formado em 1956, na cidade de São Paulo, quando uma empresa de porte

expressivo desativou seu serviço de saúde e contratou um grupo de médicos para dar assistência aos seus funcionários, mediante um pré-pagamento fixo”.

No início dos anos 1960, a saúde privada começou a conquistar seus clientes, pessoas com certo poder aquisitivo que buscavam atendimento médico rápido, moderno e personalizado.

O sistema privado de saúde beneficiou também os trabalhadores do setor informal, que puderam fazer uso dos serviços de saúde através dos convênios de empresas privadas. Conforme já mencionado, antes da CF 1988, o direito a saúde pública era somente dos trabalhadores com registro na carteira profissional e de seus dependentes.

Linhares (2005), destaca que em tempos atuais o sistema privado de saúde, atende, aproximadamente, 41 milhões de pessoas. Pessoas que pagam por seus planos individuais ou familiares, além dos trabalhadores de indústrias ou empresas.

Segundo informações do Ministério da Saúde 90% da população utiliza, alguma vez, os serviços do SUS; 62% utiliza os serviços do SUS e serviços privados; 29% utiliza exclusivamente os serviços do SUS e 9% da população não utiliza os serviços do SUS.

Sendo assim, os hospitais públicos do país, além do atendimento pelo SUS, realizam atendimentos através de diversos planos privados. Na maioria das instituições, existem quartos reservados para atendimento a pacientes com convênio ao setor privado e, a maioria dos atendimentos recebidos por esses pacientes é diferenciado do disponibilizado aos usuários do SUS.

Fonseca (2002, p.20), destaca o atendimento diferenciado como sendo “uma discriminação negativa ao usuário do setor público. Profissionais de saúde acabam dando preferência aos convênios privados, pois a remuneração do ato médico é mais alta e o pagamento mais rápido”.

Todo cidadão tem garantido pela legislação seu direito à saúde de forma universal, igualitária e integral. Apesar da garantia constitucional, ainda não se tem no país um serviço público de saúde com qualidade. Dessa forma, para ter seus direitos assegurados é necessário que a população se mobilize, podendo também indicar soluções e buscar melhorias na qualidade do serviço público de saúde, através da participação social.

1.5. A descentralização e a municipalização da saúde

A descentralização administrativa do setor público faz parte da reforma social, ainda que incompleta, tornando a regulação do setor de saúde ainda mais complexa. Com o estabelecimento do SUS, tal atividade passou a ser de competência das três esferas do governo (federal, estadual e municipal). De um lado, a perspectiva de descentralização se apresenta como mecanismo mais eficiente de redistribuição do orçamento público e de reversão de tendências dos projetos de gestão e de planejamento. De outro lado, reivindica-se a descentralização do estado para democratização das instituições, da gestão pública e do exercício de poder, seja pela ampliação do campo dos direitos e liberdades, seja pela progressiva incorporação dos setores marginalizados, ou ainda pelo maior controle e participação popular na atuação das administrações públicas. A descentralização é destacada por Dias (1978, p. 87) como “ato de agrupar funções, delegando autoridade e distribuindo atribuições a escalas inferiores de acordo com níveis hierárquicos previstos na departamentalização. É a ação que define os órgãos funcionais da entidade ou serviço”.

O Estado centralizado é visto como negativo do ponto de vista institucional, como também da perspectiva das políticas públicas, na medida em que distancia os centros decisórios dos cidadãos e burocratiza o processo político, facilitando a ação dos grupos de pressão e dos interesses corporativos.

A descentralização tem como significado a possibilidade de ampliação de direitos, de fortalecimento das esferas estaduais e municipais e de participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública, potencializando uma distribuição de gastos públicos com maior critério.

Mendes (1998), destaca em sua obra “A Organização da Saúde ao Nível Local”, que a descentralização em alguns municípios do país tem excelentes resultados, porém, sem sucesso em outros. Segundo Mendes (1998, p. 72), a atual descentralização é “fechada, tem municipalização artificial, devido aos aspectos meramente formais com propostas de implantação do sistema público de saúde, pelo conselho municipal e sem efetiva democratização”.

O processo de municipalização da saúde tem requerido maior atuação do poder local, cabendo aos municípios o planejamento e a gestão do atendimento à saúde. Entretanto, o

poder municipal enfrenta dificuldades que, muitas vezes, não podem ser resolvidas com a ação de uma prefeitura isoladamente.

O SUS admite que nem sempre é possível o município realizar todos os serviços de saúde para a sua comunidade. Os municípios necessitam de recursos financeiros e humanos e tendo uma população considerada pequena, torna-se insuficiente para manter um hospital ou serviço especializado no local. Por isso, a descentralização dos serviços implica também na sua regionalização. Em um país tão grande como o Brasil é necessário a existência de serviços de saúde organizados, evitando-se desperdícios e duplicidades de trabalhos.

Percebe-se que a estratégia da municipalização deveria ser revista, para que todos tivessem resultados de experiências bem sucedidas ao usar o serviço de saúde. Hoje, esses serviços ainda passam por crises, como ineficiência e falta de equilíbrio, resultando na insatisfação do usuário.

A seguir, abordaremos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e como este programa vem sendo realizado no HGCR, já que nossa pesquisa tem como objetivo refletir sobre o nível de satisfação do paciente internado.

CAPITULO II

2 O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

2.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)

Apesar de ser um assunto amplo e atual, a Humanização Hospitalar é um tema pouco explorado. Os assuntos mais debatidos a respeito de hospitais parecem estar relacionados aos problemas de natureza funcional, quanto às estruturas, aos organogramas, à definição de rotinas e aos aspectos administrativos. É pouco discutido o atendimento de qualidade com destaque para as necessidades e desejos dos usuários, apesar de se admitir que o paciente é a figura central do processo relacionado ao serviço hospitalar.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar objetiva mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais do Brasil, melhorando assim a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições. Conforme consta no Manual da Humanização Hospitalar:

Humanizar significa à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras do seu reconhecimento (NEGRI, 2001, p. 4).

A iniciativa para a criação de um programa de humanização surgiu quando o ex Ministro da Saúde, José Serra, identificou um número significativo de reclamações dos usuários referente à falta de qualidade e de calor humano nas instituições hospitalares. Diversos profissionais da área da saúde mental foram convidados para preparar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares de saúde. Um comitê técnico foi formado e então elaboraram o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

O PNHAH foi lançado em 19 de junho de 2001 pelo Ministério da Saúde, com o intuito de buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre os profissionais de

saúde e usuários, visando assim o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro. O programa tem a adesão dos gestores do SUS, de Secretarias Municipais e de todas as Secretarias Estaduais de Saúde.

O PNHAH busca criar uma cultura de humanização, dando continuidade ao que já vem sendo realizado neste sentido, criar uma filosofia com capacidade de promover a conjugação cotidiana do verbo humanizar.

Conforme consta no “Portal Humaniza”² do Ministério da Saúde, espaços de comunicação foram criados pelo PNHAH para estimular a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. Esses espaços são vistos como importantes instrumentos de apoio no processo de humanização. São eles:

A - Rede Nacional de Humanização (Portal na internet).

Este portal é descrito pelo Ministério da Saúde, como sendo uma rede provedora de capacitação à distância, intercâmbio de idéias com divulgação permanente de informações úteis à coletividade.

B - Grupos de Trabalho de Humanização

Este grupo é constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais da instituição, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde em benefício dos profissionais de saúde e dos usuários. E tem como importante papel: espalhar os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor mudanças que beneficiem usuários e profissionais de saúde; promover a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Tanto a Rede Nacional de Humanização, como os Grupos de Trabalho de Humanização, representam ferramentas necessárias para a consolidação do processo de humanização nos hospitais.

O PNHAH tem como objetivo geral possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao

² Site criado pelo o Ministério da Saúde com informações do PNHAH. Portal Humaniza pode ser encontrado no seguinte endereço virtual: www.humaniza.org.br.

SUS. Apresenta ainda como objetivos, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho nos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado.

A humanização hospitalar é um processo amplo, demorado e complexo, pois envolve mudanças de comportamento. Mudanças essas que sempre despertam insegurança. Segundo Martins (2002, p. 3) “os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será humanização”.

No processo de mudanças, todos os profissionais de diferentes setores devem estar comprometidos, direção e gestores da instituição, além de formuladores de políticas públicas, conselhos profissionais e entidades formadoras.

Dessa forma, o PNHAH quer recuperar a dignidade do atendimento médico-hospitalar, tornando humanizado o relacionamento entre paciente, médico e outros profissionais de saúde. Hoje, a superlotação dos hospitais é um grande obstáculo à humanização. Tratar o paciente com dignidade, respeito, ouvir suas queixas, examinar, diagnosticar, prescrever um tratamento eficaz para a recuperação de sua saúde, é o que o paciente deseja dos profissionais de saúde. Mas a realidade nos mostra profissionais desmotivados por salários baixos, péssimas condições de trabalho, além do envolvimento com a tecnologia que não pára de avançar exigindo melhor capacitação e qualificação destes profissionais. Estes são os problemas que acabam envolvendo grande parte dos profissionais da saúde.

A grande demanda nos hospitais públicos e a insuficiência de recursos humanos, faz com que os profissionais tenham suas responsabilidades aumentadas, tendo pouco tempo e

disponibilidades para dar atenção às dúvidas, angústias, ansiedades e medos que os pacientes apresentam. Conseqüentemente, diminui a interação entre paciente e profissionais.

As pessoas necessitam de qualidades vitais para se fortalecerem, conforme é destacado por Remen (1993, p.15): “sofremos com ausência de calor, entusiasmo, compreensão, humor, esperança, aspiração. Pouco a pouco, percebemos que objetivo, direção e significado, longe de serem questões filosóficas, de algum modo estranhas à nossa vida, são fundamentais para o nosso bem-estar e saúde”.

Independente do trabalho que se realiza, é necessário apresentar satisfação e prazer pelo serviço executado, ter um bom relacionamento com a chefia, companheiros de trabalho e principalmente com a clientela, que é o foco principal da existência do serviço prestado. De acordo com Cunha e Ferla (1997, p. 99), “trabalho pode ser fonte de satisfação para o homem, se houver boas condições de trabalho. O relacionamento com colegas de trabalho e chefias deve ser estimulado, pois o homem é um ser social, que precisa relacionar-se e não ser reprimido”.

O propósito do PNHAH é formar uma cultura humanizada dentro dos hospitais do Brasil e assim resgatar o relacionamento de excelência entre profissionais e pacientes, por entender ser esta uma condição primária para minimizar o distanciamento atual, promovendo o retorno da confiança que diretamente é influenciada no resultado do tratamento médico.

Além da liberdade de expressão, o PNHAH relaciona alguns parâmetros para a humanização do atendimento aos usuários. Entre eles, destacamos: condições de acesso e prestação de serviços; qualidade das instalações, equipamentos modernos e condições ambientais do hospital; clareza das informações oferecidas aos usuários e seus familiares; alta qualidade da relação do profissional com o usuário.

A utilização dos parâmetros relacionados acima, ajudarão os profissionais a realizar um atendimento de qualidade e, conseqüentemente, com possibilidade de satisfazer o usuário.

A população também tem acesso a participar do PNHAH por intermédio de trabalhos realizados nos hospitais. Trabalhos como: informações e esclarecimento para pacientes e acompanhantes, realizadas nas salas de espera; acesso a alojamentos; ampliação do horário de visitas e também por ouvidorias. É através desse conjunto de procedimentos que o programa visa estimular a participação da população na humanização hospitalar. Esses trabalhos são realizados por voluntários que efetuam diferentes formas de solidariedade e engajam a

comunidade para a participação social. O trabalho voluntariado funciona como um elo que liga a instituição com uma comunidade e fortalece essa comunidade para participar da mudança de uma nova cultura de atendimento à saúde. O Manual do PNHAH destaca o trabalho voluntariado como sendo:

uma fonte significativa de recursos e competências qualificadas. Ele conta com a participação direta da comunidade e pode responder com mais visibilidade e credibilidade às necessidades e expectativas dos usuários. Integrada em um processo de humanização, a ação voluntária implica uma tomada de consciência de si mesmo e uma transformação pessoal inseparável de uma mudança na compreensão do mundo e de uma transformação mais ampla da sociedade (BRASIL, 2000, p. 8).

O PNHAH tem provocado grandes avanços na nova cultura dos serviços hospitalares, e não apenas na relação profissional e usuário, mas em toda a organização de atendimento dentro dos hospitais, tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação nos hospitais e treinamento dos recursos humanos para a implantação de novos projetos de humanização.

O conceito de humanização hospitalar já deixou de ser moda e se transformou em uma necessidade real e de caráter de urgência. Os hospitais estão repensando e modificando o modo de prestar assistência à saúde.

É importante que o paciente se perceba como figura principal do hospital e que saiba que todos na instituição trabalham para lhe proporcionar uma estadia com ótimo atendimento e a cura pelo mal que lhe afligi.

Revans (1979, p. 41), associa cinco etapas que indicam a trajetória de um paciente em um hospital:

Primeiro, o paciente, a partir de evidência suficientemente convincente, é admitido no hospital. Segundo, em um exame detalhado e específico, um diagnóstico é feito sobre a sua condição. Terceiro, baseado no diagnóstico, ele é lançado num programa de tratamento. Quarto, sua resposta ao tratamento é continuamente observada e comparada com a resposta esperada quando o tratamento foi prescrito. Finalmente, de acordo com os resultados dessa comparação, o paciente recebe alta, ou tem seu tratamento alterado ou prolongado, ou sua condição é rediagnosticada. Para simplificar, ainda mais, o modelo, os cinco estágios do paciente podem ser listados como: 1) Admissão; 2) Diagnóstico; 3) Tratamento; 4) Inspeção; 5) Controle. Esses estágios podem ser dispostos conjuntamente em duas dimensões: pela disponibilidade e capacidade dos próprios recursos físicos e pela rede de poder e comunicação por meio da qual são geradas e transmitidas as

decisões que, de fato, controlam as experiências do paciente em qualquer um dos estágios e sua transferência para o estágio seguinte (SCHULZ apud REVANS, 1979, p. 41).

Entendendo que a saúde é o bem maior do homem, podemos definir Hospital Humanizado, como sendo aquele que valoriza e respeita o paciente, disponibilizando a ele serviços de qualidade com rapidez, garantindo-lhe um atendimento atencioso, sendo capaz de suprir todas as suas necessidades e tornando o paciente um usuário satisfeito.

2.2. A Humanização Hospitalar no HGCR

O HGCR por ser um hospital público, de grande porte e de referência estadual, foi indicado pelo Ministério da Saúde para implantar o PNHAH.

Com objetivo de melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários e reaproximar os profissionais da área da saúde, o HGCR lançou oficialmente o PNHAH no dia 06 de Setembro de 2001, quando foram formados os Grupos de Trabalho de Humanização. De início foram criados três GTH compostos por todas as categorias profissionais da instituição, contendo dezesseis membros cada grupo. A função dos grupos, conforme destaca o Manual de Humanização, é definir estratégias para o enfrentamento de problemas relativos à humanização do serviço hospitalar, das dificuldades encontradas para a realização de iniciativas de humanização e a identificação de potencialidades e oportunidades das instituições.

O Estatuto Social do HGCR (2001, p. 3), destaca o GTH dessa instituição como “um grupo de voluntários fundacional de caráter educacional, cultural, científico, criativo e de promover atendimento humanizado no serviço prestado aos clientes, sem fins lucrativos (...)”.

A divulgação do programa para funcionários e usuários, foi realizada através de informativos. A divulgação se deu aos poucos, primeiramente foram anexados cartazes informativos sobre o programa e a importância da sua implantação. Após, informou-se sobre os objetivos do programa e a importância do GTH.

Semanas após a implantação do programa no HGCR, os membros do GTH reuniram-se e elaboraram a relação de iniciativas e programas para serem aplicados junto aos usuários e profissionais, com o intuito de se ter uma instituição mais humanizada.

Da elaboração dessa relação podemos destacar em benefício do atendimento aos usuários, as seguintes iniciativas e continuidade de programas:

- Grupo de Apoio ao Diabético (GAD) continuidade;
- Grupo de voluntariado Alfredo Daura Jorge (grupo composto por 32 voluntárias, direcionando seu trabalho aos pacientes e funcionários, transmitindo palavra amiga e suprimindo a carência de benefícios materiais, através de doações) continuidade;
- Ambiente humanizado (mudança na estética das unidades de internação, nos leitos e corredores, tornando o ambiente mais agradável e acolhedor);
- Biblioteca para os pacientes internados (livros arrecadados pelos próprios funcionários da instituição);
- Nova filosofia no acolhimento do usuário (sinalização através de faixas adesivas, uniformes diferenciados por setor de trabalho e curso de técnicas de atendimento para profissionais da saúde);
- Instalação de ventiladores nos elevadores;
- Colocação de toldos nas entradas dos setores de ortopedia e da unidade de rim;
- Aquisição de cadeiras de rodas, poltronas para acompanhantes e pacientes, bebedouros, macas entre outros equipamentos;
- Reestruturação da sala de medicação da emergência, recepção do setor de internação;
- Reforma da UTI, ambulatório geral e sala de preparo da CCP.

Benefícios para os profissionais:

- Curso de capacitação (Relacionamento interpessoal e ética profissional)
- Atendimento médico, odontológico, fisioterapia, fonoaudiologia, acupuntura e hospitalar, gratuitos aos funcionários;
- Ciclo de palestras (palestras com temas que beneficiem o dia a dia dos profissionais);
- Ensino supletivo (formação de três grupos e divididos em dois períodos).
- Serviço de nutrição e dietética humanizada (melhoria das refeições);
- Implantação do serviço de biossegurança.

O trabalho de grupo é destacado por Konopka (1968, p. 50), como “um método de trabalho social que ajuda os indivíduos a melhorarem sua atuação na sociedade através de experiências grupais objetivas e a enfrentarem de modo mais eficaz os seus problemas pessoais, grupais ou comunitários”.

O GTH do HGCR para realizar o seu processo de intervenção, expressa-se em quatro planos distintos: Pedagógico, Político, Subjetivo e Comunicativo.

O Pedagógico busca colaborar na educação continuada, promove eventos educativos, treinamento de profissionais e divulga à comunidade temas de seu interesse;

O Político busca favorecer a democratização das relações de trabalho, concedendo acesso a todos os setores;

O Subjetivo busca apoiar um processo de fazer um exame contínuo sobre as experiências no trabalho;

O Comunicativo busca informar os profissionais da saúde sobre os projetos de *humanização em curso nos hospitais*.

Após quatro anos da implantação do PNHAH e da criação do GTH, o hospital apresentou mudanças. O GTH adquiriu experiências e se fortaleceu. Os integrantes do grupo encontram-se semanalmente para uma reunião, onde os membros expõem as dificuldades encontradas, as mudanças que devem ser feitas e juntos tentam buscar a solução. Todos contribuem dando opiniões e sugestões até chegarem a um consenso na busca da melhor maneira de resolver as situações que se apresentam.

Ao realizar meu estágio curricular, no segundo semestre de 2004, participei semanalmente das reuniões com o GTH e percebi o esforço com que os integrantes trabalham para conseguir benefícios aos usuários e profissionais. Trabalham na busca do sucesso do PNHAH na instituição, sistematizando as ações a serem desenvolvidas e assim conquistando benefícios em prol da instituição.

Hoje, o HGCR conta com um grupo de humanização que continua realizando seus encontros semanalmente. Os membros que fazem parte do GTH, são profissionais com cargo de chefia. Vale ressaltar que as reuniões são abertas a qualquer funcionário da instituição e são aceitas sugestões, críticas e propostas para soluções.

O PNHAH tem boa aceitação por parte dos profissionais do HGCR, mas ainda existem muitos desafios a serem superados. É necessário a revalorização da categoria funcional, buscar maior empenho das autoridades competentes sobre o assunto de humanização do atendimento hospitalar, disseminar cada vez mais o PNHAH e, ainda, conscientizar todos os servidores da instituição sobre a importância da efetivação do programa.

2.3. O Serviço Social do HGCR a frente do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

O Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos tem como atribuições estudar, diagnosticar e auxiliar no tratamento dos pacientes com problemas, especialmente os decorrentes de mudanças comportamentais e sociais, procurando proporcionar a sua proteção e recuperação.

Da definição das diretrizes básicas do PNHAH, o papel e a competência do Serviço Social hospitalar no HGCR caracteriza-se na aplicação de seus métodos básicos, como tratamento de casos, trabalho de grupo, desenvolvimento comunitário, pesquisa, supervisão e planejamento.

Desse modo, o assistente social reúne-se com os demais profissionais, em um processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades bio-psico-sociais dos pacientes, familiares e servidores da instituição.

Esses atendimentos são prestados a todos os servidores, pacientes internados e seus familiares, bem como, os pacientes externos e os que consultam nos ambulatórios da instituição. Os usuários procuram o Serviço Social em busca de esclarecimentos, informações, orientações e outros serviços profissionais.

O atendimento realizado aos usuários pelo profissional de Serviço Social é feito através de uma percepção de totalidade e para isso, o assistente social geralmente se dirige a teorias da psicologia. Essas teorias são utilizadas pelo assistente social como: “fonte de compreensão dos aspectos não observáveis, ou não explicados, pelo conhecimento do mundo social”(ARAÚJO, 1982, p. 16).

A maioria dos pacientes do HCGR é atendida pelo SUS e muitos residem em outras cidades. Este motivo faz com que o Serviço Social enfrente, no seu dia-a-dia, necessidades diversas, originadas pela difícil condição sócio econômica e cultural dos pacientes e seus familiares.

A partir da proposta de oferecimento de ajuda, Almeida (1978, p. 17), nos fala que “o cliente é reconhecido pela sua condição humana e não enquanto oprimido, alienado, desajustado. Pessoa para a proposta é o homem total que é sujeito, logo racional e livre. A ajuda psicossocial é oferecida à pessoa como tal”.

Muitas são as atribuições do Serviço Social junto aos seus usuários, entre elas destacamos as seguintes:

- Coordenação, previsão e organização de pessoal e material necessário às suas atividades específicas;
- Congrega esforços com os demais profissionais, num processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades bio-psico-social dos servidores, pacientes e familiares;
- Elaboração, coordenação, execução, avaliação, supervisão de planos, programas, projetos de assistência social, bem estar social, serviços sociais e outros;
- Planejamento, execução, avaliação de pesquisas que possam contribuir à análise da realidade bio-psico-social e ao encaminhamento de questões que emergem da prática do Serviço Social junto à comunidade hospitalar;
- Treinamento, avaliação e supervisão diretamente de estagiários de Serviço Social, Assistente Social e/ou outros;
- Contribuição para a educação da população atendida seja social ou sanitária;
- Proporcionar o desenvolvimento técnico profissional ao seu pessoal;
- Contribuição para maior rotatividade do leito hospitalar, removendo possíveis bloqueios que possam retardar a efetivação da alta, tomando providências junto a família e/ou comunidade;
- Atuação na remoção dos problemas psicossociais dos pacientes que interferem no tratamento médico, com a participação de seus familiares;

- Identificação e tratamento dos problemas psicossociais que interferem na recuperação do paciente que o impeçam de utilizar ao máximo os recursos disponíveis;
- Motivação a integração e participação da equipe interprofissional no processo de reabilitação do paciente;
- Estimulação ao desenvolvimento de integração funcional do servidor;
- Definição de uma sistemática de trabalho padronizada tecnicamente elaborada;
- Participação e colaboração na administração hospitalar.

Na luta pelos direitos do paciente, o profissional de Serviço Social é quem presta esse tipo de atendimento nas instituições hospitalares, conscientizando os usuários de seus direitos. Historicamente é o profissional que se preocupa com as questões dos direitos dos usuários, permitindo a eles o acesso. E dessa forma, Simionato e Nogueira (1995, p. 38), afirmam:

A questão dos direitos sempre esteve na trajetória do Serviço Social com diferentes significados e alcance. Ora a reflexão apontou para os direitos humanos preconizados pelas Nações Unidas e que durante muito tempo, fundamentou o Estatuto Profissional; ora enfatizou-se o aspecto formal dos direitos enquanto expressão legal de algumas garantias individuais e sociais. Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído.

O profissional de Serviço Social realiza diversas atividades e por isso ocupa espaços estratégicos nas instituições hospitalares. Vasconcelos (2003, p. 32), menciona que:

os assistentes sociais realizam atividades em excesso e com isso ganham o reconhecimento dos usuários que, ao serem tratados com humanidade, sentem-se prestigiados por receberem atenção tão especial de um profissional que além de ser autoridade como representante da instituição, é de nível superior. Da mesma forma, o assistente social conta com o reconhecimento das direções e representantes das instituições que têm nele o profissional perfeito para que o movimento cotidiano das unidades que dirigem se desenrole sem conflitos, na medida que tudo que atrapalha seu bom funcionamento rebate e é absorvido pelos plantões do Serviço Social, onde o assistente social ouve, apóia, orienta, aconselha e encaminha, livrando a instituição de possíveis problemas e conflitos. Por fim, ainda que nem sempre reconhecidos e valorizados, os assistentes sociais são em geral solicitados pelos demais profissionais de saúde para o atendimento de

demandas que facilitem direta ou indiretamente o andamento e a resolutividade de suas ações.

O assistente social do HGCR é um profissional de saúde que vem fortalecendo a posição que emerge da categoria, fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade da população.

Segundo Berezovsky (1987, p. 52), o Serviço Social tem como finalidade:

- Proporcionar aos pacientes internados no hospital tratamento psicossocial utilizando métodos e técnicas do Serviço Social (visando a possibilitar-lhes seguir o tratamento médico);
- Planejar, executar e coordenar programas relacionados aos problemas médico-sociais, cooperando com o hospital no cumprimento dos seus objetivos para com o paciente e a comunidade;
- Participar de pesquisas médico-sociais;
- Realizar pesquisas de interesse do Serviço Social.

A intervenção do profissional de Serviço Social é contínua, através de acompanhamentos diários e em conjunto com a equipe multidisciplinar. Gouvêa (1999, p. 6), descreve que o assistente social desenvolve suas atividades junto aos pacientes com vários objetivos:

Cabe-lhe principalmente determinar o problema ou dificuldades humanas ou sociais, e que possam estar prejudicando a formulação do diagnóstico, o planejamento do tratamento médico ou da alta hospitalar. A atuação do assistente social é terapêutica, curativa ou de ajuda, preventiva, promocional, de socialização ou educativa.

No HGCR é visível o papel fundamental que esse profissional possui. O assistente social é o profissional de referência para os usuários e funcionários, no sentido de orientá-los quanto aos seus direitos, viabilizando as relações com seus familiares, buscando autonomia para a reintegração dos usuários à vida “normal”.

CAPITULO III

3. A PESQUISA E O PROCESSO METODOLÓGICO

Hoje, as perguntas humanas buscam soluções ainda concomitantemente nos mitos modernos, nas mais diferentes formas religiosas, em sistemas filosóficos e particularmente nas ciências. As ciências nas sociedades industrializadas constituem os esquemas de explicações dominantes considerados mais plausíveis e intelectualmente aceitos. (MINAYO, 2000, p. 24).

Esta pesquisa faz parte da construção de um Trabalho de Conclusão de Curso como uma das exigências curriculares para a obtenção do diploma do curso de graduação em Serviço Social. É um trabalho investigativo que surgiu a partir de um questionamento durante a prática de estágio no HGCR, quando acompanhávamos a assistente social e o Grupo de Trabalho Humanizado na coordenação e desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

A partir desse acompanhamento, percebemos a necessidade de avaliarmos o programa de humanização do HGCR de forma qualitativa, buscando compreender o processo de humanização hospitalar e obter subsídios para auxiliar no trabalho de esclarecimento e orientação aos pacientes internados durante a pesquisa realizada no mês de outubro de 2005.

Nossa amostra é intencional e compõe-se por vinte pacientes internados. Segundo Marsiglia (2001, p. 25), amostra intencional é “quando o pesquisador quer obter a opinião de certas pessoas, não necessariamente representativas do universo todo, mas de parte dele”.

Conforme mencionado anteriormente, foram selecionados, propositalmente para participar da pesquisa, dez pacientes internados pelo plano SUS e mais dez internados por outros convênios ou particular. A escolha da amostra surgiu a partir da hipótese de que existe atendimento diferenciado na instituição, dependendo do convênio pelo qual o paciente está internado. Durante o segundo semestre de 2004, participamos de uma pesquisa piloto sobre o nível de satisfação do paciente internado quanto ao atendimento hospitalar. A partir de então, interessamo-nos pelo tema que hoje é foco deste estudo.

Além de investigar o nível de satisfação dos usuários do HGCR em relação ao atendimento recebido durante o período de internação, procuramos identificar os principais problemas no sistema hospitalar do HGCR e apontar sugestões, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes.

3.1. O processo metodológico

Esta pesquisa parte da observação e de algumas indagações realizadas durante o estágio no HGCR, que se deu no período de agosto até dezembro de 2004. Procuramos desenvolver uma postura ética e reflexiva, buscando fazer a relação entre a teoria e a prática do Serviço Social, acreditando que é, sobretudo, na prática onde se encontram as explicações teóricas das questões básicas do Serviço Social. Oliveira (1989, p. 286), complementa que “acrescenta à prática profissional transformadora, em particular do Serviço Social, ela precisa ser crítica, consciente e participativa, baseada no conhecimento da realidade, conhecimento este que supõe determinados pressupostos fundamentais”.

Sendo assim, procuramos conhecer a realidade na qual estávamos inseridos. Inicialmente, através da observação aos pacientes, profissionais e por meio da busca de fontes secundárias de informações, como leituras de documentos e trabalhos científicos existentes sobre a instituição. Participamos de uma pesquisa piloto quanto ao grau de satisfação dos pacientes internados e, a partir de então, levantamos o problema da nossa pesquisa. O processo de investigação sobre o grau de satisfação dos pacientes quanto ao atendimento hospitalar se deu a partir do estágio curricular.

Realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo, de caráter exploratório. Identificamos com Minayo (2000, p. 101), quando coloca que:

a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Assim, procuramos exercitar, para o êxito da coleta de dados, a flexibilidade, a capacidade de observação e a interação com os pesquisados.

Em outubro de 2005 efetuamos a pesquisa oficial³. Nosso estudo foi realizado mediante autorização do Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos e com a autorização dos pacientes pesquisados, os quais assinaram o Termo de Consentimento.

Escolhemos utilizar o questionário como instrumento de coleta de dados. Sua aplicação foi realizada no próprio hospital. Para coletar os dados, formulamos dezessete perguntas fechadas com abertura para sugestão final, disponibilizando espaço para que os pesquisados falassem sobre momentos positivos e/ou negativos vivenciados durante a internação.

Marsiglia (2001, p. 55) nos esclarece que: “o questionário é um instrumento de pesquisa constituído por uma série ordenada de perguntas referentes ao tema”. E ainda complementa: “quando o próprio pesquisador aplica o roteiro de perguntas, o chamamos de formulários”.

Ainda referente ao questionário Ghizzotti (2000, p. 55) nos esclarece:

questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistematizadas e seqüencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com objetivos de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre assuntos que os informantes saibam opinar ou informar. É uma interlocução planejada.

A aplicação do questionário foi realizada com os pacientes que encontravam-se internados nas unidades do 4º, 5º e 7º andar. Eles foram escolhidos intencionalmente por estarem em maior tempo de permanência no hospital e, ainda, por terem recebido atendimento de diferentes profissionais de saúde.

A coleta dos dados se deu com o uso de formulários, onde apresentamos verbalmente as perguntas e anotamos as respostas do usuário. Antes de iniciarmos a aplicação de cada questionário, entregamos aos usuários o termo de consentimento, informando-os sobre o objetivo da pesquisa, deixando-os livres quanto a sua participação.

O processo de coleta de dados e sua análise possibilitou-nos conhecer a realidade do paciente pesquisado, proporcionando-nos a possibilidade de intervirmos por meio de ações sócio educativas, como informações ao paciente sobre os medicamentos, sobre seus direitos e acompanhantes, dentre outros.

³ Pesquisa oficial foi a segunda pesquisa realizada com os pacientes para obter o resultado desse trabalho. Com autorização dos entrevistados e com a autorização do Comitê de Ética do HGCR. Pesquisa Piloto foi a primeira pesquisa realizada com os pacientes sem autorização dos mesmo por escrito.

Através da pesquisa pudemos verificar se o paciente conhecia o PNHAH e como este refletia em seu tratamento. Com o desenvolvimento deste estudo procuramos enfatizar a importância do PNHAH, as ações que vêm sendo desenvolvidas nos hospitais e nas Secretárias de Saúde e, ressaltamos a capacidade que o programa tem de estimular as instituições para que elas desenvolvam o seu próprio projeto de humanização.

A seguir, abordaremos sobre os resultados alcançados com a coleta dos dados.

3.2. A análise dos dados

Em primeiro lugar, apresentamos a caracterização dos sujeitos através do quadro abaixo:

PACIENTE	SEXO	IDADE	MODALIDADE DE INTERNAÇÃO	TEMPO DE INTERNAÇÃO	NATURALIDADE
1	M	47 ANOS	SUS	10 MESES	Jaraguá do Sul
2	M	16 ANOS	SUS	21 DIAS	Guaraciaba
3	M	58 ANOS	SUS	30 DIAS	Palhoça
4	M	46 ANOS	SUS	12 DIAS	Zortéa
5	M	50 ANOS	SUS	08 DIAS	Florianópolis
6	M	79 ANOS	SUS	04 DIAS	Florianópolis
7	M	90 ANOS	SUS	03 DIAS	Xanxeré
8	M	80 ANOS	SUS	06 DIAS	São José
9	M	39 ANOS	SUS	30 DIAS	São Bento do Sul
10	M	50 ANOS	SUS	07 DIAS	Florianópolis
11	F	77 ANOS	UNIMED	05 DIAS	Florianópolis
12	F	74 ANOS	UNIMED	12 DIAS	Florianópolis
13	F	31 ANOS	UNIMED	02 DIAS	Florianópolis
14	F	24 ANOS	GEAP	04 DIAS	Porto União
15	F	65 ANOS	UNIMED	45 DIAS	Florianópolis
16	M	48 ANOS	UNIMED	05 DIAS	São José
17	F	65 ANOS	UNIMED	05 DIAS	Bombinhas
18	F	25 ANOS	UNIMED	26 DIAS	Criciúma
19	M	59 ANOS	PARTICULAR	35 DIAS	Florianópolis
20	M	74 ANOS	UNIMED	08 DIAS	Florianópolis

Quadro 1: Pacientes internados, segundo sexo, idade, modalidade de internação, tempo de internação e naturalidade.

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Nossa amostra, conforme apresenta o quadro acima, compõe-se por vinte sujeitos, sendo que 13 são do sexo masculino e 07 do sexo feminino. Nossos pesquisados apresentam idade entre 16 e 90 anos. Quanto ao grau de escolaridade, oito não concluíram o ensino fundamental, quatro tem o ensino médio incompleto, três concluíram o ensino médio, três têm curso superior incompleto e dois concluíram o ensino superior.

O tempo de internação desses pacientes varia de dois dias a dez meses.

Conforme já mencionado, a pesquisa foi realizada com 20 pacientes. Desses, 10 estavam internados pelo SUS e outros 10 pacientes foram internados por outros convênios, dentre estes sendo um particular. Conforme informação adquirida no termo de consentimento no momento da aplicação do formulário, nove dos nossos pesquisados residem na cidade de Florianópolis, dois em São José e os outros nove sujeitos residem em: Bombinhas, Criciúma, Guaraciaba, Jaraguá do Sul, Palhoça, Porto União, São Bento do Sul, Xanxeré e Zortéa.

A seguir apresentaremos, com o auxílio de gráficos, a análise dos resultados da pesquisa. Iniciaremos a análise com os dados coletados dos pacientes internados pelo SUS.

O primeiro ponto analisado refere-se à satisfação do paciente pelos serviços médicos.

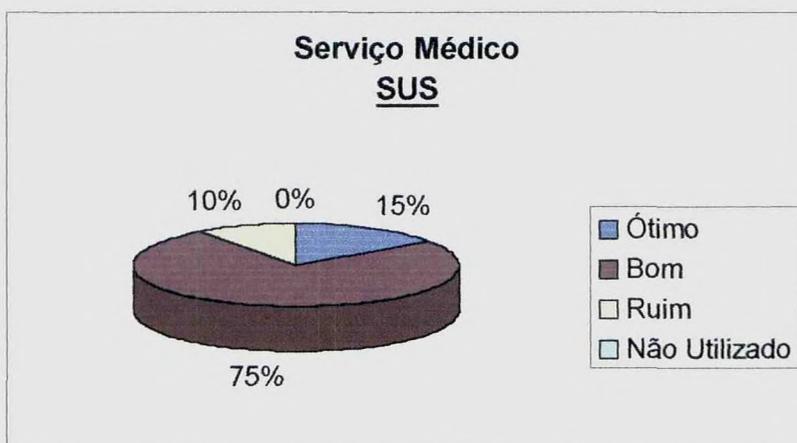


Gráfico 1: Satisfação referente ao serviço médico

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Conforme podemos verificar no gráfico acima, os serviços oferecidos pelos médicos do HGCR são considerados de boa qualidade por 75% dos pacientes pesquisados.

Dos dez pacientes internados pelo SUS, 15% consideram que os serviços recebidos dos seus médicos são ótimos e 10% consideram ruim.

Dois dos pacientes participantes declararam que o médico não fornece as informações claras sobre o seu estado de saúde.

Mais da metade dos pacientes informaram que anteriormente já haviam realizado tratamentos com o mesmo médico. Parece-nos que o fato de haver uma certa familiaridade entre pacientes e médicos tenha contribuído para que 75% dos pesquisados considerem o atendimento realizado pelo médico, como bom. Percebemos que muitos pacientes gostariam de ser atendidos pelos profissionais que já conheciam.

O segundo ponto analisado refere-se ao grau de satisfação em relação aos serviços recebidos pela equipe de enfermagem.

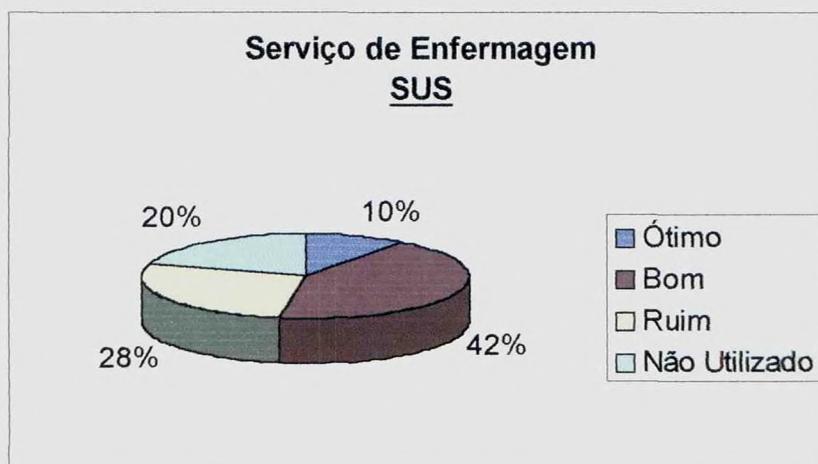


Gráfico 2: Satisfação Referente ao Serviço de Enfermagem

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

O quadro acima nos mostra que 42% dos dez pacientes pesquisados consideram bom os serviços realizados pela equipe da enfermagem, 10% consideram ótimo, 28% consideram ruim e 20% disseram que não utilizaram esses serviços. Os 20% dos pacientes que confirmaram não utilizar o serviço de enfermagem, estavam se referindo especificamente ao auxílio com a alimentação.

A falta de informação, no momento em que o profissional de enfermagem está realizando os procedimentos no paciente, foi uma das reclamações que surgiu durante a aplicação do questionário. Três dos pesquisados informaram que só tomam conhecimento do nome do medicamento que lhe é administrado, quando perguntam ao profissional que esta lhe assistindo. No geral, os pacientes declaram não serem informados pela equipe de enfermagem

sobre a medicação prescrita, levando-os a se sentirem, por vezes, desrespeitados, invadidos, etc.

Alguns pacientes que estão há mais tempo no hospital, informaram que a demanda dos serviços de enfermagem é muito grande para um número reduzido de profissionais. Mesmo assim, declaram, que isso não explica, nem justifica o atendimento desumanizado.

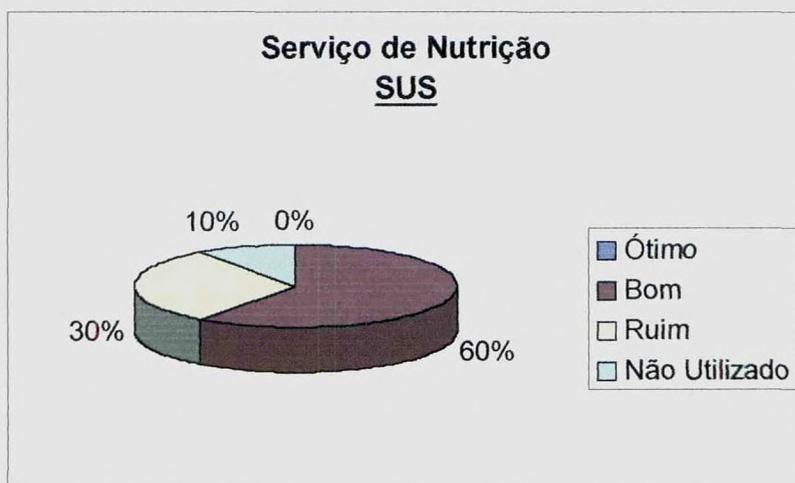


Gráfico 3: Satisfação Referente ao Serviço de Nutrição

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

O terceiro gráfico nos mostra que 60% dos entrevistados consideram boa a alimentação servida no HGCR, 30% consideram ruim e 10%, equivalente a um dos pacientes entrevistados, não se alimenta das refeições servidas no hospital. Esse paciente tem sua alimentação proveniente de restaurantes próximos da instituição. Ele reclama que a comida servida no hospital é muito seca e sem gosto e diz que seu estômago não aceita esse tipo de alimentação. Vale ressaltar que esse paciente foi submetido a um transplante de rim em janeiro de 2005 e pelo o motivo de seu organismo estar rejeitando o rim transplantado, o paciente já realizou diversas internações após a cirurgia para a realização de tratamento e sua última internação ocorreu há 37 dias.

O quarto gráfico apresenta o grau de satisfação do paciente internado quanto aos serviços gerais, como: limpeza do quarto, troca da roupa de cama e de banho e condições de instalação como cortinas, limpeza das paredes, etc.

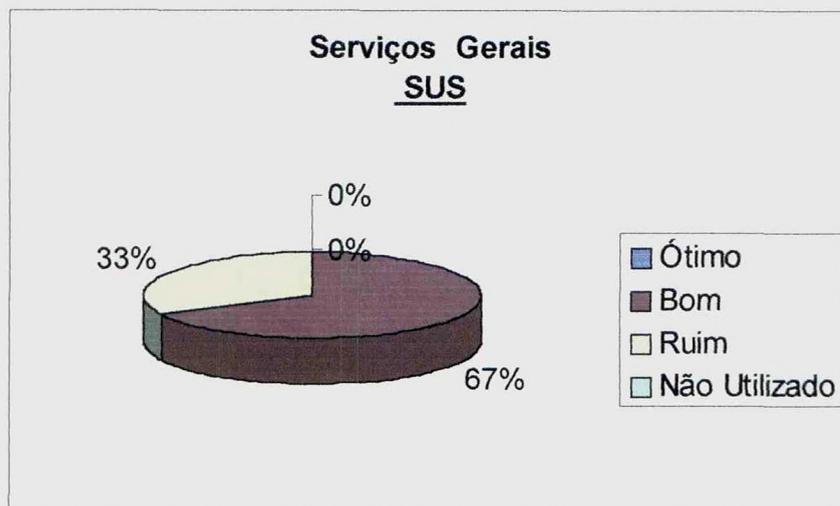


Gráfico 4: Satisfação Referente aos Serviços Gerais.

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

O item com maior número de reclamações referente aos serviços gerais é a troca da roupa de cama e de banho. Seis dos dez pacientes entrevistados responderam que a troca das roupas se dá somente mediante solicitação. Um paciente relatou que pediu a substituição do seu lençol que estava com manchas de sangue e a enfermeira lhe informou não ter lençóis para a realização da troca. Outro paciente relatou estar internado a oito dias e desde a sua internação os lençóis não foram trocados.

Mesmo com algumas reclamações, o gráfico acima demonstra que 67% dos pacientes pesquisados consideram bom os serviços gerais do HGCR.

No próximo gráfico, temos o resultado da satisfação geral do paciente com a instituição.

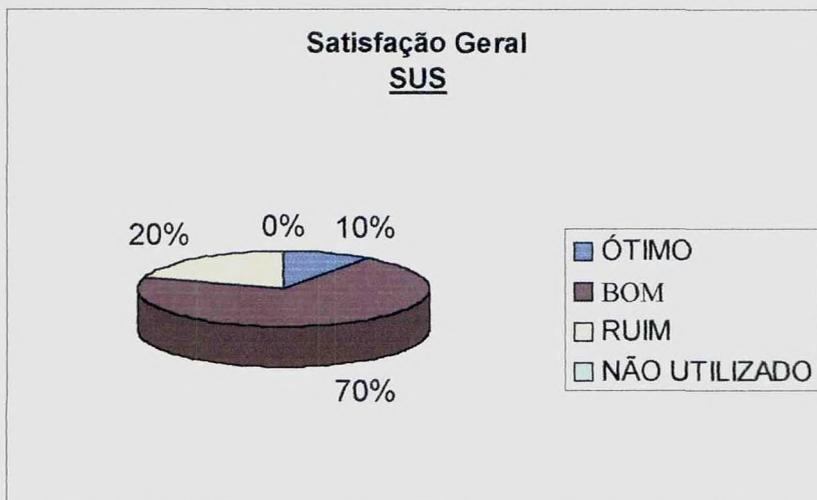


Gráfico 5: Satisfação Geral

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Conforme dados demonstrados acima, podemos observar que 70% dos pacientes entrevistados consideram bom os serviços oferecidos pela instituição. A opção mencionada como ruim vem em segundo lugar com 20% e 10% dos pacientes consideram ótimo o índice referente à satisfação geral.

Dos dez pacientes entrevistados, três estavam utilizando os serviços do hospital pela primeira vez. Quatro dos pacientes informaram estar utilizando os serviços do hospital pela segunda vez, um estava utilizando pela terceira vez, outro pela quarta vez e ainda um outro pela quinta vez.

Ao perguntar se voltariam novamente a utilizar os serviços do hospital, todos responderam que sim. Alguns relataram que a possibilidade de retornarem ao hospital será pelo bom atendimento da equipe médica, outros pelo bom atendimento dos profissionais em geral e outros pelo fato de o hospital estar bem equipado.

A seguir apresentaremos o resultado da pesquisa, realizado com pacientes que estavam internados por outros convênios ou particular.

Seguindo o mesmo questionário aplicado ao grupo anterior, apresentamos os dados coletados do segundo grupo, com o auxílio de gráficos referente aos serviços prestados pela equipe médica.

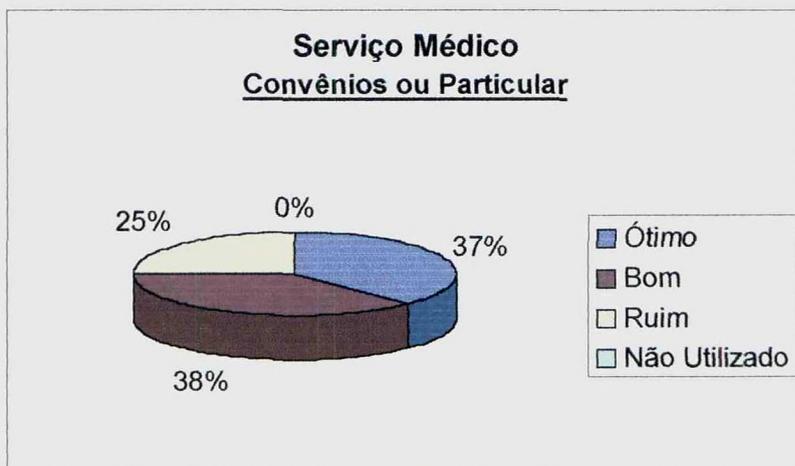


Gráfico 6: Satisfação Referente ao Serviço Médico

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Conforme visualizamos no gráfico acima, 38% dos pacientes entrevistados consideram bom o atendimento médico, 37% consideram ótimo e 25% o julgam ruim.

Alguns dos pacientes expressaram insatisfação pela falta de informação do médico sobre o seu estado de saúde.

Três dos pacientes entrevistados, falaram que conheciam o médico de tratamentos anteriores. Outros escolheram o hospital pelo trabalho desenvolvido pelo médico de sua confiança.

Constatamos, pelas falas dos entrevistados, que a figura do médico é muito importante para o paciente, sendo, em alguns casos, determinante na escolha do hospital.

O gráfico a seguir mostra o grau de satisfação sobre os serviços prestados pela equipe de enfermagem.

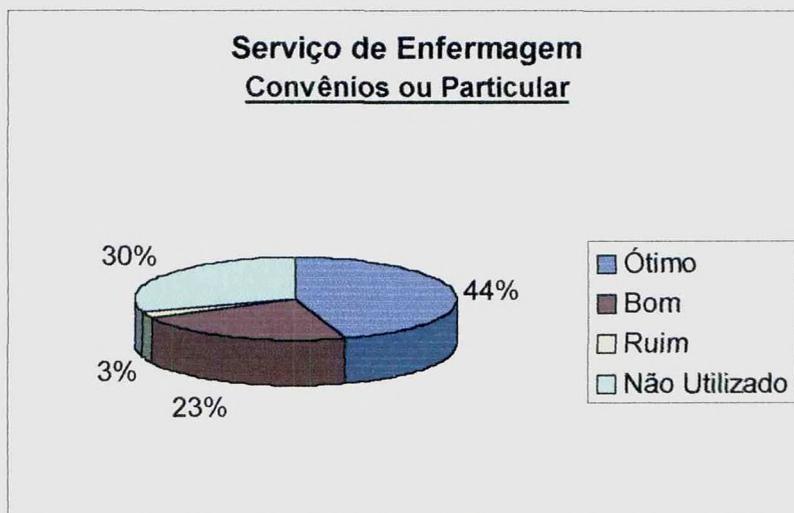


Gráfico 7: Satisfação Referente ao Serviço de Enfermagem
Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Analisando o gráfico acima, constatamos que 23% dos entrevistados consideram bom os serviços realizados pela equipe de enfermagem, 44% consideram ótimo, 3% consideram ruim e 30% não utilizaram os serviços de enfermagem. Conforme apresentado com os pacientes internados pelo SUS, a porcentagem do serviço não utilizado não significa a não utilização do serviço geral de enfermagem, mas sim a não utilização desses serviços no auxílio com a alimentação. Conforme já mencionado, apenas um desses pacientes não usava o serviço de enfermagem do hospital. O paciente contratou enfermeiros particulares para lhe fornecer os serviços. Vale lembrar que o paciente utilizava o leito, equipamentos e medicamentos do hospital, porém, não recebia atendimento do profissional de enfermagem, por opção própria.

O próximo gráfico vai mostrar o grau de satisfação dos pacientes quanto ao serviço de nutrição do HGCR.

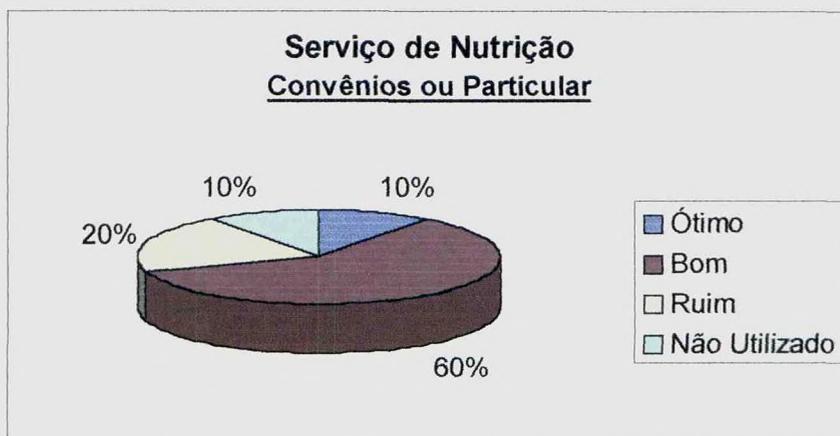


Gráfico 8: Satisfação referente ao Serviço de Nutrição
Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Constatamos através deste gráfico que 60% dos entrevistados julgam boa as refeições servidas no HGCR, 20% consideram a alimentação ruim, 10% ótima e 10% não utilizaram dos serviços de nutrição. Um dos pesquisados alimentava-se com nutrição enteral ou seja, quando a alimentação é administrada por sonda.

O nono gráfico traz o resultado do grau de satisfação do paciente internado no HGCR, quanto aos serviços gerais fornecidos pela instituição. Serviços como limpeza do quarto, troca de roupas de cama e de banho e condições de instalação como limpeza e manutenção de paredes, cortinas, pisos, etc..

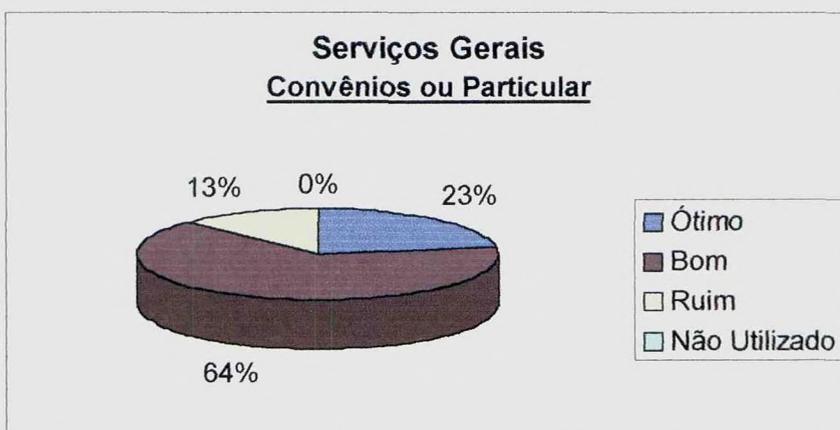


Gráfico 9: Satisfação Referente aos Serviços Gerais
Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Este gráfico mostra um índice de 64% dos pacientes que consideram bom os serviços gerais, 23% julgam ótimo e 13%, ruim. O ponto fraco da opção ruim foi relatado por dois pacientes que referiram-se aos constantes barulhos noturnos que ocorriam no andar.

Isso demonstra a necessidade dos profissionais que atendem aos pacientes, estarem mais voltados para as necessidades dos usuários, inclusive quanto ao respeito em relação ao silêncio para com eles.

O próximo gráfico apresenta a satisfação geral do paciente em relação à instituição.

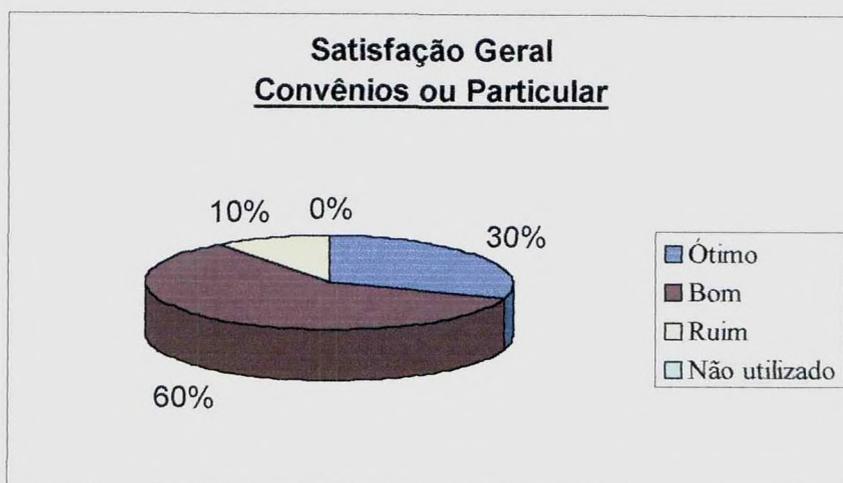


Gráfico 10: Satisfação Geral

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

Através dos dados do gráfico acima, observamos que 60% consideram bom os serviços oferecidos pela instituição. A opção ótima fica em segundo lugar com 30% e 10% dos entrevistados julgam ruim a satisfação geral dos serviços oferecidos pelo HGCR.

Dos dez pacientes entrevistados, sete estavam utilizando os serviços do hospital pela primeira vez. Um dos pacientes utilizou os serviços do hospital pela segunda vez, outro paciente pela terceira e o último, pela quinta vez.

Ressaltamos que as mesmas perguntas realizadas com os pacientes do grupo um também foram questionadas ao grupo dois. Ao perguntar se os pacientes voltariam novamente a utilizar os serviços do hospital, nove responderam de forma afirmativa e um respondeu negativamente.

Constatamos que dos nove pacientes, dois retornariam pela confiança que adquiriram na relação com o seu médico. Dois pacientes voltariam ao hospital pela atenção dispensada

pelos demais profissionais e os outros dois, pelo fato de o hospital ser um dos mais equipados do país. Três ainda voltariam por não terem a possibilidade de uma outra opção.

O paciente que não retornaria ao hospital, explicou que possui um bom plano de saúde e, caso ainda venha a precisar de uma internação hospitalar, procurará um hospital particular.

Analisando os resultados da pesquisa, verificamos que existe uma diferença considerável entre os atendimentos realizados aos pacientes internados por outros convênios e/ou particular, deixando a desejar o atendimento aos pacientes do SUS, conforme mostra o gráfico abaixo:

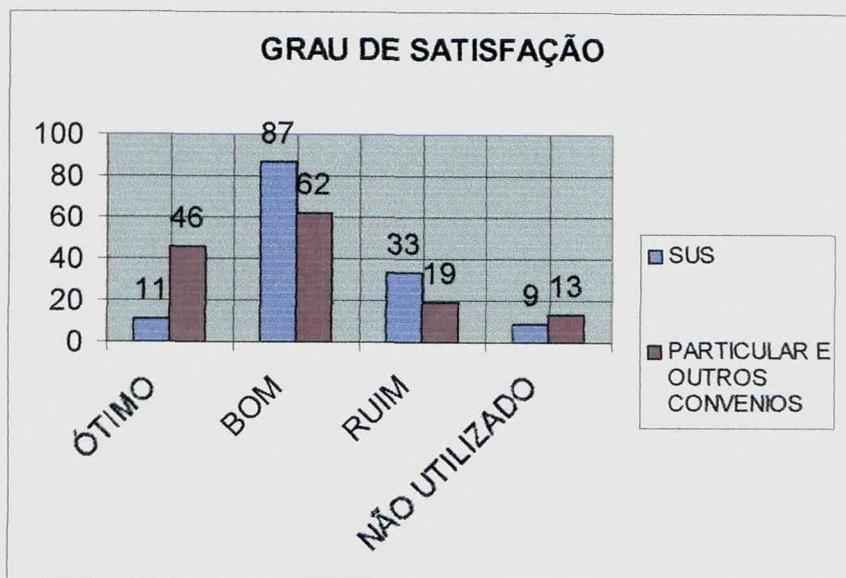


Gráfico 11: Satisfação geral = SUS / particular e convênios

Fonte: elaboração da própria autora, a partir de dados primários (out./2005).

O grau de satisfação em relação aos serviços prestados pelo HGCR foi menor para os pacientes que utilizam o SUS. Há uma certa insatisfação dos pacientes que estão internados por convênios ou particular, referente aos serviços prestados pelo médico. Constatamos, pelos dados coletados, que para muitos pacientes o profissional da área médica deveria ser mais atencioso e fornecer maiores informações sobre seu estado de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos com o desenrolar deste estudo que a escolha do objeto pelo qual nos interessamos tem grande importância, por abordar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e por ser este implantado em muitos hospitais no Brasil, a fim de contribuir positivamente para o tratamento dos pacientes.

Esta pesquisa de cunho qualitativo possibilitou-nos detectar o nível de satisfação dos usuários, interpretar e compreender as situações apresentadas pelos sujeitos, instrumentalizando-nos para a indicação de possíveis ações a fim de diminuir os problemas relatados quanto à prestação dos serviços de saúde.

Ações importantes já foram efetivadas por iniciativa do Ministério da Saúde para proporcionar melhorias no padrão de atendimento do setor da saúde, porém percebemos que muito ainda deve ser feito na busca de uma saúde mais humanizada, especialmente quando se trata de pacientes internados pelo SUS.

A análise dos dados coletados nos proporcionou a compreensão de que para humanizar o atendimento é necessário abraçar a profissão e respeitar o paciente como um indivíduo integral e com necessidades complexas e diversas.

Vivenciamos mudanças no modo de pensar e de agir dos homens, conceituar e entender a saúde, provocadas pela tomada de consciência resultantes de discussões e mobilizações como o movimento da reforma sanitária. Dessa forma, percebemos que a VIII Conferência Nacional de Saúde, assim como os artigos sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 e as leis complementares propiciam ao desenvolvimento de um novo perfil assumido pelo paciente, especialmente ao usuário do SUS.

Constatamos que com a atuação do profissional de Serviço Social, responsável pelo grupo de humanização do HGCR, pertencente ao PNHAH e que faz a mediação entre a instituição e o paciente, buscando melhorias no atendimento, incentiva o paciente ao desenvolvimento de um novo perfil. Dessa forma, o paciente se torna uma pessoa mais exigente, mais crítica e consciente de seus direitos, assegurado pela legislação que o protege.

Então, constatamos através dos dados coletados que os hospitais e os serviços de saúde precisam urgentemente estar em consonância com a filosofia do PNHAH.

O objetivo geral deste estudo é analisar o grau de satisfação do paciente internado no HGCR e destacar a importância do PNHAH, sendo este uma conquista para a melhoria da qualidade no atendimento à saúde da população brasileira.

Através das entrevistas realizadas com os pacientes do HGCR, averiguamos que as críticas mais comuns apresentadas referem-se às condições materiais. Sendo assim, os pesquisados exigem a qualidade de alimentação, trocas diárias de roupa de cama e banho. Alguns reclamaram da falta de silêncio, especialmente durante a noite, pois este fator também interfere no processo de recuperação do pacientes. Constatamos que o paciente deseja o padrão de atendimento que a lei lhe assegura.

No entanto, ressaltamos que para a instituição atingir o objetivo de humanização, conforme apregoa o programa não é suficiente somente disponibilizar condições materiais para o bem estar do paciente, mas propiciar igualmente um clima que favoreça a uma sensação de segurança e confiança ao paciente e seus familiares.

Os pacientes entrevistados demonstraram ser pessoas carentes, necessitando da atenção de seus cuidadores, verbalizando que ao receber atenção e cuidado dos médicos, enfermeiros e de outros profissionais da saúde, estabeleceram, em alguns casos, um vínculo de amizade, propiciando-lhes conforto e confiança. Este vínculo, criado entre o profissional e o paciente internado, geralmente acelera a sua recuperação.

Durante a aplicação dos questionários constatamos que os pacientes que estavam insatisfeitos com o atendimento recebido, sempre se referiram a um profissional, geralmente ao médico ou ao enfermeiro. Nenhum paciente reclamou simultaneamente dos dois profissionais. Assim constatamos que o paciente internado tem necessidade de criar um vínculo com seus cuidadores, ou seja, com pessoas que estão capacitadas para cuidar da sua saúde.

Mesmo os pacientes que reclamaram do atendimento recebido, responderam que retornariam, caso necessário fosse, ao hospital. O retorno de alguns seria por falta de opção na sua cidade de origem. Percebemos, no momento da aplicação do questionário, que os usuários que se encontravam sem opção de atendimento hospitalar em sua cidade, eram os provenientes das regiões do sul e do oeste do estado. Acreditamos que a distância da cidade de origem e da família é um fator que dificulta o tratamento do paciente, por isso, a necessidade ainda maior,

no caso desses pacientes, de receberem um atendimento adequado, e especialmente humanizado, onde suas necessidades sejam consideradas, respeitadas e atendidas.

A filosofia da humanização no HGCR se revela também através da equipe de assistentes sociais. Percebemos que esses profissionais trabalham intensamente para que o paciente tenha todos os seus direitos atendidos. Para os que vêm de longe, esses direitos incluem passagens, alimentação, habitação, inclusive para o acompanhante e, ainda medicamentos. Todos esses benefícios são garantidos pelo sistema de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), estabelecido por legislação federal nos casos em que a localidade de residência do paciente não tenha meios para tratá-lo.

O Serviço Social do HGCR desempenha um papel de altíssima importância na instituição. O assistente social é o profissional que elabora, coordena, avalia, articula supervisiona planos, programas, projetos de assistência social, bem estar social e outros. O Serviço Social possui autonomia para conduzir suas ações e assume tanto o gerenciamento quanto a execução dos programas que lhes competem.

O Serviço Social procura criar condições mais humanas junto à comunidade hospitalar, assumindo papel de relevância no apoio e orientação ao paciente e sua família.

No período de estágio observamos que esse profissional busca resolver os problemas dos pacientes que vêm necessitando de diversos auxílios, porém a demanda é muito grande e nem sempre o Serviço Social tem como supri-las.

Conforme já mencionado, o paciente internado tem diversos direitos, porém, nem sempre esses direitos são respeitados e conhecidos por muitos dos pacientes. Assim, o profissional de Serviço Social do HGCR atua de forma a divulgar e conscientizar os pacientes para que seus direitos sejam respeitados, fazendo-se uso de suas atribuições sócio-educativas.

Dessa maneira, é necessário que o assistente social tenha conhecimento das leis e regulamentações na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, o profissional terá condições de buscar na legislação o apoio legal na luta pelos direitos do cidadão, usuário do SUS.

Ressaltamos que a responsável pelo setor de Serviço Social do HGCR está na coordenação do PNHAH dessa instituição e juntamente com outros integrantes do GTH buscam soluções para os problemas enfrentados, trabalhando pela melhoria do atendimento

dos profissionais de saúde aos pacientes e promovendo mudanças físicas nos ambientes da instituição, entre outros serviços.

Por fim, em relação ao PNHAH é um programa de grande importância, onde todos ganham, porque é fundamental propiciar e receber um atendimento humanizado.

A coleta de dados nos sugere que o atendimento humanizado não deve ser visto pelos profissionais da saúde apenas como um programa, mas como uma atividade prazerosa a ser realizada com satisfação para realmente alcançar seus objetivos, atender o paciente de forma humanizada, para que se sinta satisfeito com todos os serviços dispensados a ele.

SUGESTÕES

- Que haja contratação de mais funcionários para o HGCR, justificada pela defasagem de profissionais e prejuízo na humanização do atendimento;

- Que se realize um trabalho de divulgação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, junto ao paciente internado no HGCR;

- Que se promova encontros mensais com os profissionais da saúde, com o intuito de estimulá-los a desenvolver atitudes e ações humanizadoras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anna Augusta. **Possibilidades e Limites da Teoria do Serviço Social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1978.

ARAÚJO, Verli Eyer. **Serviço Social Clínico – Transferências Contratransferências**. São Paulo: Agir, 1982.

BEREZOVSKY, Mina. **Serviço Social Médico na Administração Hospitalar**: análise teórica e levantamento da situação em hospitais de São Paulo. Vol. único, ed. 1ª. São Paulo: Cortez & Moraes, 1987.

BERWICK, D.M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde**. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 14ª ed. atualizada em 2000. Brasília: Senado Federal, Edições Técnicas do Senado Federal, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida; FERLA, Luiz Alberto. **Iniciando seu próprio negócio**. Florianópolis: IEA, 1997.

DIAS, Leonor da Silva. **Administração em Serviço Social**. Belém: Falangola OffSet, 1978.

ESTATUTO SOCIAL. **Grupo de Trabalho Humanizado**. Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, 2001.

FONSECA, Poty Colaço. **O Serviço Social e a humanização do atendimento ao cliente hospitalizado**: uma proposta para a Unimed Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1989.

GOUVÊA, Maria Aparecida. **Qualidade do atendimento do sistema hospitalar**: o caso de alguns hospitais de São Paulo. São Paulo, 1999.

HGCR. Hospital Governador Celso Ramos. **Missão do Hospital**. Florianópolis: [s/d]. Texto digit.

HOMEM, Maria de Lurdes da Silva. **Um estudo sobre a trajetória dos pacientes portadores de obesidade mórbida até a cirurgia bariátrica no HGCR** (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

KONOPKA, Gisela. **Trabalho Social de Grupo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

IDEC. **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor**. Disponível em <[http://www.idec.org.br/files/cartilha SUS.doc](http://www.idec.org.br/files/cartilha_SUS.doc)>. Acesso em: 14/11/05

LINHARES, Renata de Souza. **A gestação e a mulher no mercado de trabalho**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. O projeto de pesquisa em Serviço Social. **Revista de Capacitação em Serviço Social**. Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização na Saúde. **Revista Ser Médico**. N° 01 – São Paulo, 2002.

MENDES, Eugênio. **A Organização da Saúde no Nível Local**- a reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MIRSHAWAKA, Victor. **Hospital**: fui bem atendido, a vez do Brasil. Vol. Único. São Paulo: Makron Books, 1994.

NEGRI, Barjas. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, 2001.

NETO, Eleutério Rodrigues. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde** suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. São Paulo, 1994.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito a Saúde na Reforma do Estado Brasileiro**: construindo uma nova agenda. (Tese de Doutorado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, Heloisa M. A. José. **Assistência Social**: do discurso do Estado à Prática do Serviço Social. Vol. Único, ed. 1ª. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicac.cfm>>. Acesso em: 13/09/05.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Escritório Regional para as Américas. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 13/09/05.

PORTAL HUMANIZA. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Disponível em: <www.humaniza.org.br/portal/re02_PNHAH.asp>. Acessado em 19 de setembro de 2005.

RECH, Oliva. **A Importância das Ações do Serviço Social na Unimed**: uma perspectiva educativa. (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

REMEN, Rachel Naomi. **O Paciente como Ser Humano**. São Paulo: Summus, 1993.

REVANS, Reginald W. **Administração de Hospitais**. São Paulo. Livraria Pioneira Editora, 1979.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **O Serviço Social no Contexto Hospitalar**. (Monografia de Especialização). Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SIMIONATO, Ivete e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, Direitos Humanos e Políticas de Saúde: reordenação e ampliação política do espaço público. In: **Caderno de Comunicação**. 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Bahia: CBAS, 1995.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

WESPHAL, Márcia Faria e ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Gestão de Serviço de Saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da USP, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Comunicação Interna



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

COMUNICAÇÃO INTERNA

	Nº 001
DE: Vânia Regina de Campos	DATA: 22.08.05
PARA: Comissão de Ética do HGCR – Médica	
Assunto: Projeto de Pesquisa de Satisfação com Pacientes Internados no HGCR	
<p align="center">Sr. Presidente,</p> <p>Solicito aprovação do Projeto de Pesquisa (anexo), para realização do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal de Santa Catarina do Curso de Serviço Social. No segundo semestre do ano de 2004, realizei 450 horas de estágio no setor de Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos.</p> <p>Sou acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, sob matrícula: 01284290.</p> <p align="center">Sendo o que se apresenta,</p> <p align="center">Vânia Regina de Campos Acadêmica de Serviço Social – UFSC Matricula: 01284290</p>	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada "**A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO HGCR**".

Esse projeto tem como objetivo identificar o grau de satisfação dos usuários, quanto ao atendimento recebido no período de internação no Hospital Governador Celso Ramos.

A sua participação consiste em responder a um questionário.

Queremos deixar claro que o seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações que você nos fornecer. Durante a pesquisa, você poderá tirar qualquer dúvida a respeito do trabalho.

A sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

VÂNIA CAMPOS

Pesquisadora

Eu concordo em participar do estudo, já que fui informado sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e compreendi a importância da aplicação da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Estou ciente de que minha identidade será preservada.

Nome do paciente :

Endereço :

Idade :

Tempo de internação :

Data :

Assinatura do Paciente :

ANEXOS

ANEXO A – Cartilha dos Direitos do Paciente

ANEXO B – Estatuto do Grupo de Trabalho de Humanização do HGCR

ANEXO C – Certificado de Participação do HGCR no Programa de Humanização

ANEXO D – Organograma do HGCR

Anexo A

CARTILHA DOS DIREITOS
DO PACIENTE

Agradecimento

Agradecemos a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)
seção São Paulo pela autoria e possibilidade
de veiculação desta cartilha

Comissão de Mérito de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor

Jaime Duarte
Presidente

Odete de Jesus
Vice-Presidente

Francisco de Assis
Herneus de Nadal
Narcizo Parisotto
Lício Silveira
Nilson Gonçalves

Diagramação e Impressão
Divisão de Divulgação e Serviços Gráficos

Cartilha dos Direitos do Paciente

Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina
Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor

Deputado Jaime Duarte
Presidente

Direitos do Paciente

Em Contato Conosco

A Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor é um instrumento no parlamento catarinense a serviço da cidadania. Você pode utilizar este espaço para encaminhar pleitos, reclamações e sugestões.

Entre em contato conosco:

**Assembléia Legislativa do
Estado de Santa Catarina**

**Comissão de Direitos Humanos
e Defesa do Consumidor**

**Rua Jorge Luiz Fontes, 310 sala 22
CEP 88020-900 – Florianópolis/SC**

Também é possível fazer contato através do:

Fax (0xx48) 221 2736 ou através do:

e-mail: jaime@alesc.sc.gov.br

Mais informações: (0xx48) 221 2735

1

O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

2

O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

3

O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

4

O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

5

O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

6

O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

7

O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

8

O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

9

O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

10

O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

11

O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequadas informações. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

1 O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

1 O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

1 O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

1 O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.

1 O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.

1 O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico e não em código), datilografadas ou em letras de forma ou com caligrafia perfeitamente legível e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

1 O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

1 O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

2 O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.

2 O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

2 O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1 286 de 26/10/93 - art. 8º e nº74 de 04/05/94).

2 O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

2 O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.

2 O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

2 O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

2 O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

2 O paciente tem o direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pezinho" para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.

2 O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.

3 O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.

3 O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

3 O paciente tem direito a uma morte digna e serena podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida

3 O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.

3 O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

3 O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

“O paciente tem o dever de zelar pela própria saúde. Deve ter sempre consigo seus documentos e levar para as consultas os exames, radiografias e todo o material que auxilie o diagnóstico.

Deve anotar todas as reações e dúvidas que surgirem durante o tratamento.

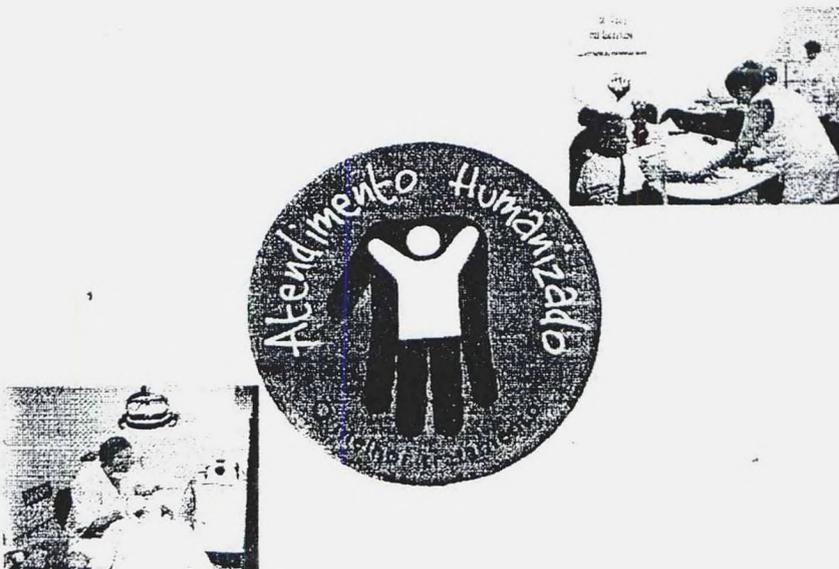
O paciente tem o dever de participar do seu tratamento, promovendo assim uma saúde melhor para todos.”

Anexo B

ESTATUTO DO GRUPO DE TRABALHO
DE HUMANIZAÇÃO DO HGCR

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

ESTATUTO SOCIAL
GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO (GTH)
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS



FUNDADO EM 06 DE SETEMBRO DE 2001
FLORIANÓPOLIS-SC

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PNHAH

ESTATUTO SOCIAL

**GRUPO DE TRABALHO DE
HUMANIZAÇÃO
DO HOSPITAL GOVERNADOR
CELSO RAMOS**

CAPÍTULO I	- DENOMINAÇÃO, FORO E DURAÇÃO
CAPÍTULO II	- DO GRUPO E SUA FINALIDADE
CAPÍTULO III	- DO QUADRO SOCIAL
CAPÍTULO IV	- DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO GRUPO
CAPÍTULO V	- DA DIRETORIA EXECUTIVA
CAPÍTULO VI	- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

CAPÍTULO I – DENOMINAÇÃO, FORO E DURAÇÃO

Artigo 1º - O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Celso Ramos, é um grupo de voluntários fundacional de caráter educacional, cultural, científico, criativo e de promover atendimento humanizado no serviço prestado aos clientes, sem fins lucrativos, criado em 06 de setembro de 2001, com duração indeterminada, e reger-se-á pelo presente ESTATUTO, com aprovação em Assembléia Geral dos voluntários fundadores, quando na data da fundação do Grupo.

Parágrafo 1º - Para assegurar seu caráter filantrópico e sem finalidade lucrativa, os voluntários que exercerem cargos eletivos na Diretoria e Assessoria, não terão remuneração e nem poderão fazer jus a quaisquer vantagens especiais ou pecuniárias.

Parágrafo 2º - O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos só poderá ser extinto pela decisão unânime de seus voluntários fundadores em pleno gozo de seus direitos na falta destes pela Mesa Administrativa do Hospital Governador Celso Ramos, representada pelo seu Diretor Geral.

Artigo 2º - - O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos, daqui para frente somente referido neste Estatuto como Grupo, tem como sede e foro a cidade de Florianópolis e está sediada na Rua Irmã Benwarda, 297, em sala específica, localizada no 1º andar do Hospital Governador Celso Ramos.

CAPÍTULO II – DO GRUPO E SUA FINALIDADE

Artigo 3º - O Grupo terá um quadro social mantenedor conforme especificado no Artigo 5º deste Estatuto destacando-se, dentre eles, os seus voluntários fundadores, aqueles que participam desde a criação do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos e aprovação do ESTATUTO SOCIAL, que representa como instrumento fundamental para a consolidação do processo de humanização no Hospital Governador Celso Ramos.

Artigo 4º - O Grupo tem por fins específicos:

- a) possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica no Hospital Governador Celso Ramos;
- b) melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários do Hospital Governador Celso Ramos;
- c) capacitar os profissionais do Hospital Governador Celso Ramos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integridade dos processos, como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania;
- d) estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização já existentes;
- e) conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os administradores, os profissionais de saúde e os pacientes do Hospital Governador Celso Ramos;
- f) desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado.

CAPÍTULO III – DO QUADRO SOCIAL

Artigo 5º - O quadro social do Grupo, previsto no artigo 3º, será contribuído pelas seguintes categorias dos voluntários:

- a) fundadores;
- b) efetivos, funcionários do Hospital Governador Celso Ramos;
- c) especiais, pacientes, comunidade em geral;
- d) voluntários temporários;
- e) indeterminados;
- f) correspondentes.

Parágrafo 1º - São voluntários fundadores nos termos do artigo 3º, as seguintes pessoas (ver lista de presença constituída na data de criação do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos).

Parágrafo 2º - São voluntários efetivos e especiais, os funcionários do Hospital Governador Celso Ramos, pacientes e comunidade em geral respectivamente que se filiarem regular e permanente no quadro social do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos.

Parágrafo 3º - São voluntários temporários aqueles que participam apenas colaborando uma vez ou outra com idéias e benfeitorias nas atividades realizadas pelo Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos.

Parágrafo 4º - São voluntários indeterminados aqueles que, por sua livre iniciativa entram no Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos, expressando a condição de permanecerem filiados por tempo indeterminado.

Parágrafo 5º - O correspondente é aquele que não faz parte do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos, mas que

deseja contribuir para o desenvolvimento do Grupo sem necessitar estar presente fisicamente aos atos e promoções do Grupo.

Parágrafo 6º - Os voluntários não respondem isoladamente e sim em conjunto pelos prejuízos ou encargos financeiro do Grupo, além do que for dividido para o desenvolvimento das ações e melhorias do atendimento humanizado na instituição.

Artigo 6º - Os voluntários respondem solidariamente pelas suas obrigações de desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados com incentivo de humanizar o ambiente hospitalar.

Artigo 7º - A admissão do voluntário far-se-á por memorando do interessado, encaminhado por um voluntário fundador, à Diretoria a quem compete aprová-lo ou não e, solicita homologação em Assembléia Geral.

Parágrafo Único - A categoria do voluntário, a qual o candidato voluntário deseja pertencer, deverá estar descrito no memorando encaminhado para que os demais voluntários fundadores saibam qual vai ser a sua colaboração com o Grupo.

Artigo 8º - São deveres dos voluntários:

- a) participar dos encontros semanais dos pequenos grupos;
- b) participar dos encontros quinzenais do grande grupo;
- c) atuar em todas as áreas do Hospital Governador Celso Ramos;
- d) formar multiplicadores nos serviços mais necessitados;
- e) acompanhar ativamente as atividades do Grupo com a sua presença constante;
- f) zelar pelo atendimento humanizado já implantado;
- g) fazer intercâmbio com outras instituições participantes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;

h) manter conduta ética e moral dentro do Grupo.

Artigo 9º - São direitos dos voluntários:

- a) usar distintivos, emblemas, botons e condecorações do Grupo;
- b) falar, propor, discutir, participar, colaborar em reuniões;
- c) propor, por escrito, à consideração dos fundadores, formas de trabalho e atividades a serem desenvolvidas pelo Grupo;
- d) acompanhar e fiscalizar os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo;
- e) participar de todos os eventos e promoções do Grupo.

Artigo 10º - Os voluntários que infringirem as normas previstas nos artigos 8º e 9º ficam sujeitos as seguintes penalidades:

- a) advertência;
- b) exclusão do quadro social.

Parágrafo Único - As penalidades previstas nas alíneas “a” e “b” serão aplicadas nos encontros quinzenais mediante processo aberto pela Diretoria Executiva, respeitados amplos direitos de defesa e por decisão da maioria, será ou não desligado do Grupo.

CAPÍTULO IV – DO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO GRUPO

Artigo 11º - O Grupo tem estrutura administrativa e organizacional com os seguintes órgãos:

- a) Assembléia Geral;
- b) Diretoria Executiva.

Artigo 12º - A Assembléia Geral será constituída por todos os voluntários fundadores, efetivos, especiais, que é a instância máxima e soberana do Grupo e obedecerá as normas previstas neste Estatuto.

Artigo 13º - A Assembléia Geral funcionará:

- a) com encontros semanais pelos pequenos grupos e extraordinariamente quando necessário;
- b) as Assembléias Gerais ocorrerão de quinze em quinze dias, nas quintas-feiras, com horário previsto para as 09:30 horas;
- c) sempre será feito convites pelos voluntários fundadores aos demais funcionários da instituição;
- d) será divulgado pelo sistema de sonorização a todos os funcionários do Hospital;
- e) será presidida pelo Presidente do Grupo e na falta deste, pelo seu Vice e assim sucessivamente como prevê o artigo 14º;
- f) todos terão direito de abordar e sugerir os assuntos;
- g) todos deverão colaborar para que as decisões sejam realizadas.

CAPÍTULO V – DA DIRETORIA EXECUTIVA

Artigo 14º - A Diretoria, com mandato indeterminado, até posição contrária da Direção do Hospital, é órgão administrativo e gestor do Grupo.

Parágrafo Único - Os integrantes da Diretoria dar-se-á por período indeterminado, até posição contrária da Direção Geral do Hospital Governador Celso Ramos, para coordenar o Grupo e participar dos encontros junto a Secretaria Estadual da Saúde que tem o compromisso junto ao Ministério da Saúde para implantar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar nos estabelecimentos de saúde.

Artigo 15º - A Diretoria Executiva terá a seguinte composição:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Primeiro Secretário;
- Segundo Secretário;
- Tesoureiro.

Com mandato indeterminado, eleito pela Assembléia Geral, até posição contrária da Direção Geral do Hospital Governador Celso Ramos.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 16º - O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos será representado, quando em execução de atividades na instituição, por qualquer membro que compõem o Grupo, sendo a este o direito de ser respeitado e recebido nos diversos serviços.

Artigo 17º - Quando ocorrer casos omissos, estes serão resolvidos nos encontros semanais pela Assembléia Geral.

Artigo 18º - Todos os trabalhos realizados serão divulgados em murais, jornais, fotos, panfletos, etc., para que os demais funcionários e pacientes fiquem cientes do que o Grupo vem realizando na instituição.

Artigo 19º - A Diretoria Executiva não poderá transigir e renunciar direitos sem prévia aprovação em Assembléia Geral.

Artigo 20º - Este Estatuto só poderá ser alterado por Assembléia Geral, especialmente convocada para este fim.

Artigo 21º - O presente Estatuto entra em vigor na data de sua aprovação em Assembléia Geral realizada no dia----- do ano de dois mil e dois.

Artigo 22º - Fica constituída na Assembléia de instituição do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Governador Celso Ramos, a primeira Diretoria com mandato indeterminado, até posição contrária da Direção Geral, com a seguinte composição:

DIRETORIA

Presidente:

Vice-Presidente:

Primeiro Secretário

Segundo Secretário

Tesoureiro:

Texto aprovado na Assembléia Geral de constituição do Grupo em de
dois mil e dois.

Anexo C

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO HGCR
NO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

O

Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando

a seleção realizada pela Secretaria de Assistência à Saúde, certifica que

Hospital Celso Ramos

participou do PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO do Ministério da Saúde,

e outorga-lhe o presente Certificado.

Brasília, 24 de maio de 2002.



Barjas Negri

Ministro de Estado da Saúde



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



Anexo D

ORGANOGRAMA DO HGCR

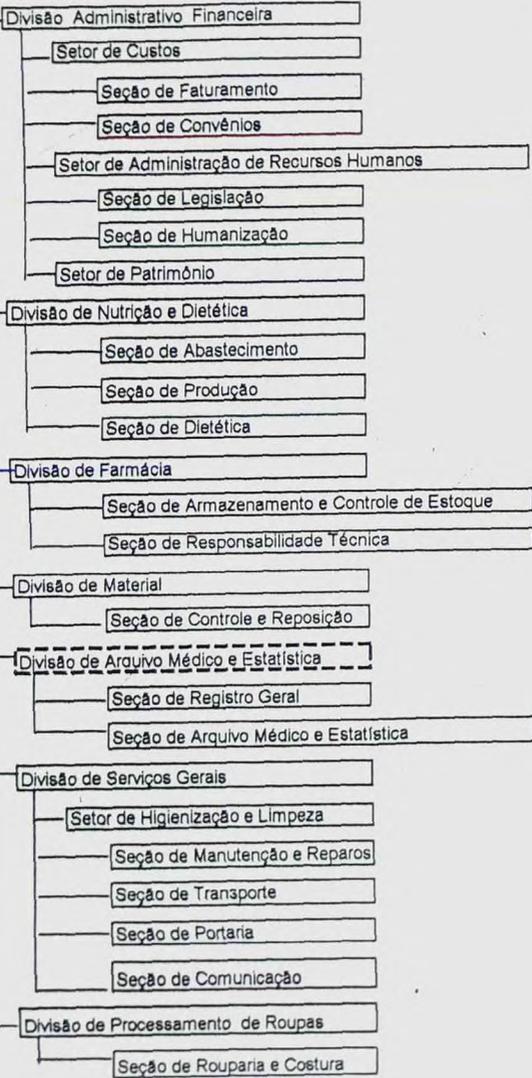
ASSISTENTE IV

SEÇÃO DE C.I.H. (1)

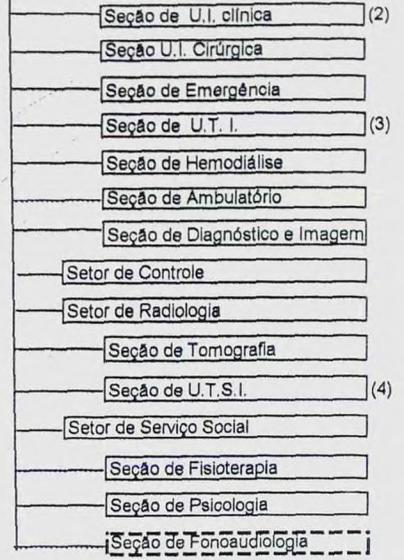
ASSISTENTE III

ASSISTENTE II

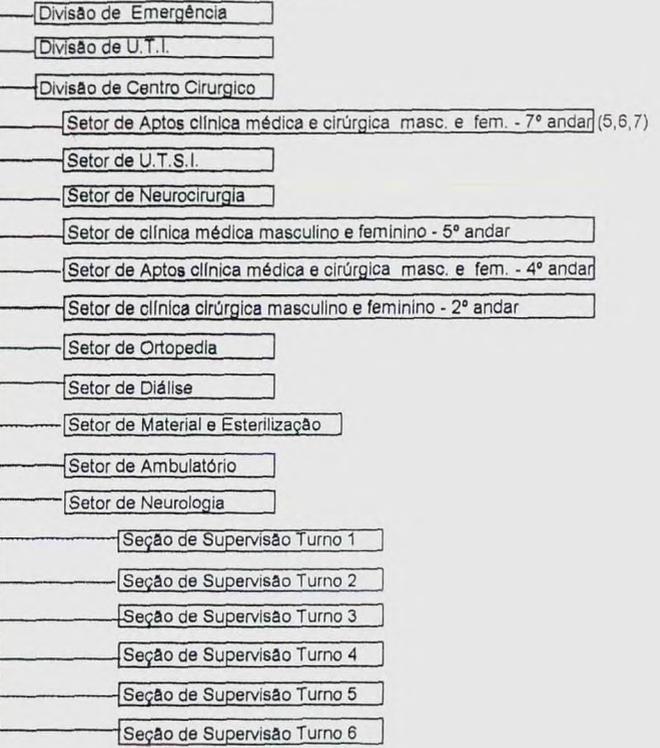
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO



GERÊNCIA TÉCNICA



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM



ORGANOGRAMA DO H.C.R

LEGENDAS:

- 1. C.I.H. = Controle de Infecções Hospitalares
- 2. U.I. = Unidade de Internação
- 3. U.T.I. = Unidade de Terapia Intensiva
- 4. U.T.S.I. = Unidade de Terapia Semi Intensiva
- 5. Aptos = Apartamentos
- 6. masc. = masculino
- 7. fem. = feminino