

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

TÂNIA BRÜGGEMANN

**O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:**

Estudo de Caso em um Hospital Pediátrico de Santa Catarina

FLORIANÓPOLIS

2004

TÂNIA BRÜGGEMANN

**O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:**

Estudo de Caso em um Hospital Pediátrico de Santa Catarina

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, no Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

ROSANA DE CARVALHO MARTINELLI FREITAS

Orientadora



Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 06/12/04

FLORIANÓPOLIS

2004

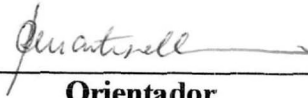
TÂNIA BRÜGGEMANN

O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

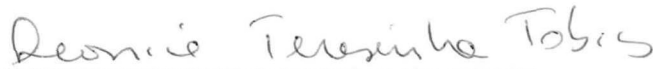
Estudo de Caso em um Hospital Pediátrico de Santa Catarina

BANCA EXAMINADORA



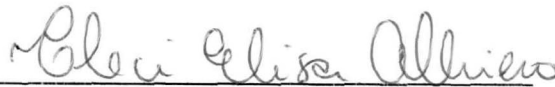
Orientador

Prof.^a Dr.^a Rosana de Carvalho Martinelli Freitas



1.º Examinador

Dr.^a Leonice Teresinha Tobias



2.º Examinador

Prof.^a Ms. Cleci Elisa Albiero

Florianópolis, dezembro de 2004.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as bênçãos e oportunidades que me proporciona.

Em especial, a meus amados pais, pois sem a força deles não teria ingressado na universidade. À minha mãe Nair que insistentemente soube *incentivar* e *elucidar* a importância da busca do conhecimento através da leitura e indicar a universidade como um dos caminhos dessa busca, para realização profissional, mas sobretudo pessoal. Ao meu pai, Carlos Augusto, pelo incentivo aos estudos, porém advertindo que a profissionalização vai além de um “canudo”.

Ao meu amor Roberto, “maridão” que durante esses anos foi um estimável companheiro nas horas boas e ruins oferecendo suporte e muito amor.

À minha Irmã Maristela, ao meu cunhado Márcio, ao meu afilhado e sobrinho Gabriel a minha sobrinha Fernanda, por fazerem parte da alegria do meu viver e, portanto, serem incentivadores de minhas conquistas. Eu os amo muito.

Aos meus queridos sogros que indiretamente contribuíram dando apoio nos momentos em que não podia atender meu esposo. A minha comadre Marilene, por seu exemplo, incentivo e por proporcionar a alegria de ser madrinha de nossa amada Amábile.

A todos os meus familiares que me incentivaram através de seus exemplos de vida, pois todos foram e são persistentes e estudiosos, ressaltando tia Cida, tia Zeli; tia Lourdes, tia Célia, tio Zé, tio Nando, meu primos admiráveis: Adelson, Márcio Rogério e minha prima Maiara. E a todos os meus familiares e amigos que me deram força durante a minha vida.

À Assistente Social Dirce, professora e supervisora de estágio da cooperativa Unimed, que me ensinou a indagar e refletir sobre questões imprescindíveis no decorrer do meu estágio na área de atuação do Serviço Social. À supervisora Sílvia, supervisora de outra etapa do estágio na Unimed, pelo seu exemplo dinâmico de ensinar a atuação do Serviço

Social em uma cooperativa. À “força” recebida de Eliane Veríssimo e Leninha que me estiveram comigo desde que me vinculei à Unimed.

À minha atual equipe de trabalhado do setor Call Center da Unimed Florianópolis, que foi compreensiva e incentivadora, contribuindo diretamente ou indiretamente no momento em que mais precisei. Em especial a minha coordenadora Clédia, sem sua força não teria conseguido terminar este semestre, serei eternamente grata. “Galera” valeu!!

À minha querida amiga Alice, sem ela, nesta reta final, seria impossível concluir essa etapa, o meu eterno muito obrigada !!

Representando todos os meus amigos, eu cito Luzia, Elis, Cida e Salésio que contribuíram com seu incentivo, com seus incentivos e apoio técnico.

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, à direção, ao Grupo de trabalho de humanização e a todos os funcionários, pois todos me atenderam com muito carinho e atenção, o meu muito obrigado. Em especial, à Dra. Leonice por ter aceitado o convite em compor a banca examinadora deste trabalho.

À Assistente Social Cleci, também, por aceitar o convite me participar da banca examinadora desta defesa.

Agradeço à professora Rosana, admirável profissional, competente e comprometida com a qualidade de ensino da Universidade Federal o meu eterno agradecimento por sua atenção.

RESUMO

BRUGGEMANN, Tânia. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar: Avanços e Desafios para a Garantia da Saúde como Direito**. Florianópolis/SC: 2004, 102p.

Analisa a implementação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Apresenta, no seu referencial teórico, o debate sobre a Política de Saúde no Brasil, através da perspectiva da saúde como um direito de todos, bem como a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, e a Política Nacional de Saúde vigente no governo Fernando Henrique Cardoso. Discute o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar, destacando o Programa Nacional de Humanização Hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão e a Política Estadual de Saúde em Santa Catarina. Também apresenta, procedimentos de pesquisa, e o contexto histórico de implantação do Programa Nacional de Humanização Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Tem como objetivo geral a análise da implementação desse processo; e como objetivos específicos: recuperar as razões que justificam a elaboração do Programa de Humanização Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão; identificar a forma como o Programa está sendo implementado; elencar elementos que subsidiem uma avaliação sobre o mesmo, apontando as dificuldades e as facilidades, no alcance dos objetivos propostos. Os dados foram obtidos através de pesquisa bibliográfica e exploratória, utilizando como técnica entrevista estruturada. A amostra pesquisada abrangeu 16 participantes do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão. A realização da pesquisa permite considerar que a humanização deve ser visualizada como um aspecto a ser ponderado na assistência hospitalar, porém não pode ser o único, visto que é imprescindível refletir a garantia da saúde como um direito.

PEC – Projeto de Emenda à Constituição

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CPMF - Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência À Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadoria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

PAB – Piso de Atendimento Básico

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SES – Secretaria Estadual de Saúde

LISTA DE SIGLAS

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

GTH – Grupo Trabalho de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

HIJG - Hospital Infantil Joana de Gusmão

PPA – Plano de Pronto Ação

CDS Conselho de Desenvolvimento

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência Social

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CONASP – Conselho Consultivo da administração de Saúde Previdenciária

AIS – Ações Integradas

CIS Comissões Inter-Institucionais de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

CFB – Constituição Federal Brasileira

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Especialidades Atendidas pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão

Quadro 2 – Serviços Internos

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Principais Aspectos Condicionantes dos Problemas de Saúde do Estado de Santa Catarina, segundo o Plano de Saúde Estadual de Santa Catarina 2002

ANEXO B — Parecer de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Parecer Consubstanciado- Projeto N° 234/2003

ANEXO C – Questionário Utilizado para Entrevista dos Membros Efetivos do GTH

ANEXO D - Grupo de Trabalho de Humanização – Ordem de Serviço

ANEXO E Estatuto Social do GTH / HIJG

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Saúde como um direito de todos.....	13
1.1 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde.....	17
1.2 A Política Nacional de Saúde durante o Governo Fernando Henrique Cardoso.....	25
2 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	34
2.1 O Programa Nacional de Humanização Hospitalar.....	34
2.2 A Política Estadual de Saúde em Santa Catarina.....	44
3 ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.....	48
3.1 Procedimentos da Pesquisa	48
3.2 O Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	50
3.3 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar: Avanços e Desafios.....	53
3.3.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	56
3.3.2 Serviço Social	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	81

APRESENTAÇÃO

A partir da experiência em estágio na Cooperativa Unimed, local onde foi possível acompanhar e intervir no Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar, pensou-se na elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso que tivesse como objeto de pesquisa o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O conhecimento obtido através da realização de visitas hospitalares aos clientes da Unimed, decorrentes da implantação do Projeto Piloto de Humanização no Atendimento dos Pacientes Hospitalizados, vinculados a cooperativa Unimed de Florianópolis, proporcionou um parâmetro a respeito da qualidade do atendimento dos hospitais da rede pública e o interesse na realização de uma pesquisa sobre como vem ocorrendo a implantação do PNHAH.

A abordagem deste, justifica-se também porque o PNHAH é uma iniciativa do Governo Federal, portanto de abrangência nacional. Acredita-se ser importante analisar em que medida seus objetivos vem sendo alcançados, contribuindo para a garantia de saúde entendida como direito, pois o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, segundo Ministério da Saúde, “Vem com a proposta de mudar substancialmente o padrão de assistência hospitalar”.¹

O trabalho ainda justifica-se pela contribuição que o mesmo poderá trazer para uma maior qualificação do Serviço Social no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, visto que, segundo a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/99, art.1º caracteriza o “Assistente Social como profissional da saúde”, atribuindo ao Assistente Social, enquanto profissional da saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-

¹ PORTAL Humaniza. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Disponível em: www.humaniza.org.br/portal/rc02_PNHAH.asp. 2000. Acessado em 01 de Setembro de 2003, 18:30h.

culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde”. O que contribuirá para que a saúde no seu sentido pleno seja alcançado.

Desta forma, o objetivo desta monografia é a analisar a implementação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão, e para sua realização foram entrevistados os 16 membros efetivos do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), responsáveis pela implementação do mesmo.

Tendo-se como objetivos específicos recuperar as razões que justificam a elaboração existência do Programa; identificar a forma como o Programa está sendo implementado; elencar elementos que subsidiem uma avaliação sobre o mesmo, apontando as dificuldades e as facilidades, no alcance dos objetivos propostos.

Criado em 19 de junho de 2001, pelo Ministério da Saúde, o PNHAH, apontou como objetivo melhorar o contato humano, entre o profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais, e entre o hospital e a comunidade, para assim garantir a eficiência do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal Programa almeja atingir todos os estados do Brasil, Secretarias Estaduais e Municípios de saúde e Hospitais da rede pública de saúde do Brasil.

Em Santa Catarina, o PNHAH foi implantado em 16 hospitais do Estado e num posto de Assistência Médica, e para efeito desta pesquisa foi selecionado, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HI.JG), localizado em Florianópolis.

Através da revisão bibliográfica realizada, percebeu-se que o tema humanização em Serviço Hospitalar foi pouco abordado, em produções acadêmicas, ou literárias. Há apenas duas dissertações na Universidade Federal de Santa Catarina. A primeira “A Interação/transição enfermeiro/ Cliente: Uma metodologia para a Assistência ao Cliente Cirúrgico- Ambulatorial (GUIDO, 1996) e a segunda que aborda “A Humanização da Prática

pelo Cuidado: Um marco de referencia para a enfermagem em unidades críticas” (PAGANINI, 1998).

Há também três monografias realizadas no âmbito do Departamento do Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como objetivo a análise do Projeto de Humanização no Atendimento ao Cliente da Unimed Hospitalizado. A primeira tem como tema “ A Humanização e a Qualidade no Atendimento Hospitalar Através da Ótica da Parceria: Uma Proposta À Unimed Florianópolis” (ANJOS, 2002); a segunda, aborda “O Serviço Social e a Humanização do Atendimento ao Cliente Hospitalizado: Uma Proposta Para a Unimed Florianópolis” (FONSECA, 2002) e a terceira “ O Serviço Social, A Unimed e Seu Cliente: Caminhos e Resoluções dadas pelo Gestor Unimed aos Questionamentos Apresentados Pelos Clientes Hospitalizados” (CAMARGO, 2003).

O trabalho que segue se divide em três capítulos, o primeiro apresenta uma breve retrospectiva da política de saúde no Brasil, explanando-se assim a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde. Neste Capítulo está priorizado a Política Nacional de Saúde no período do Governo Fernando Henrique Cardoso.

O segundo Capítulo trata da questão da humanização de Assistência hospitalar, resgatando-se a Política Estadual de Saúde em Santa Catarina, suas proposições em conferências e ações concretizadas, no que se refere a questão humanização em assistência hospitalar.

O terceiro capítulo, tem-se a apresentação dos procedimentos de pesquisa, discorrendo o histórico do Hospital Infantil, bem como apresentando, através da análise de pesquisa o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Ao final são apresentadas algumas considerações e propostas que poderão contribuir para uma melhor avaliação sobre os alcances e limites do PNHAN.

1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Saúde como um direito de todos

Do final do século XIX até meados de 60, as epidemias que assolaram todo o Brasil, deram início a um modelo hegemônico de saúde, o Sanitarismo Campanhista. De cunho militar, o modelo visava solução de forma repressiva e de estrutura verticalizada, mas que proporcionou êxito na erradicação das doenças.

Segundo Fonseca (2002), em 1923, a Saúde Pública passa ser administrada pelo Ministério da Justiça, transferindo desta forma a responsabilidade para o Estado. Havendo o crescimento a atenção médica da Previdência Social, conforme a evolução do processo de industrialização, progressivamente o modelo hegemônico campanhista foi substituído pelo modelo médico-assistencial-privatista, haja vista, a grande necessidade de atenção médica da Previdência Social. Neste mesmo ano, com a aprovação da Lei Eloi Chaves, nasce a Previdência Social no Brasil, que estabelece a Criação das Caixas e Aposentadorias e Pensões (CAP's), para os Ferroviários e que logo outras CAP's foram formadas para categorias urbanas.

Em 1930, no Governo Getúlio Vargas, a Saúde Pública foi vinculada ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional da Saúde. A busca pelo aumento do poder Estatal e da contenção de gastos, e com que o governo implementasse o seguro saúde vinculado a aposentadoria, que embora organizados por autônomos, a regulação era estatal, e de forma tripartite (estado, empresa e trabalhadores) , criando-se desta forma os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Criados os Institutos para trabalhadores organizados e urbanos, as famílias pobres e indigentes eram excluídas, sendo atendidas pelos hospitais filantrópicos.

Em 1953, enfim foi criado o Ministério da Saúde, como consequência do crescimento das ações da Saúde Pública, devido a migração da população do campo para as cidades, aumentando subitamente a demanda por assistência médica. Segundo Chioro e Scaff (1996, p. 2)

Durante o segundo governo Vargas e o de Juscelino K, os IAP's experimentaram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foram construídos neste período. Concomitantemente, cada vez adotava-se mais o modelo de saúde americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Apesar da criação da Lei Orgânica da Previdência, em 1960, garantindo a igualdade dos benefícios, em 1964, com a Ditadura Militar, instaurou-se o papel regulador do Estado, no qual ocasionou a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), junção do IAP's e do Instituto Nacional da Previdência Social, totalmente centralizado pelo governo e financiado por empresários e trabalhadores.

A partir de 1974, começa paulatinamente a abertura política, com discussões a respeito da política de saúde. Nesta mesma época segundo Mendes (1995, p.23), há uma série de reformulações, com consequências diretas e indiretas,

- a) Separação da área previdenciária da área do trabalho, através da Lei nº6034, que cria o Ministério da Previdência e Assistência Social;
- b) Implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção às urgências. O PPA reorganiza as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas de pagamento distintas: contratados e credenciados por serviços prestados e convênios por subsídio fixo. Ademais, passa a remunerar instituições estatais e a influir fortemente nos hospitais universitários [...];
- c) Implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através da Lei 6.118, com finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social;
- d) Instituição do Fundo do Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais;

e) Criação da DATAPREV, empresa de processamento de dados da Previdência Social que viria a ter importante papel no controle e na avaliação dos serviços de saúde.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), criado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), cuidava da parte financeira da Previdência e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica. Por sua vez, são nítidos os privilégios ainda existentes ao setor privado, sendo um tipo de prática de medicina médica curativista, norteadas pela técnica, privilegiando as ações de maior tecnologia.

Segundo Roncalli e Souza (1998), na década de 70 o governo não investia na rede pública, para investir a rede privada, através de convênios e credenciamentos. Os investimentos eram passados diretamente para os empresários. Os mesmos, construíram seus hospitais particulares, disponibilizando em torno de 300 mil leitos, enquanto o Estado disponibilizou a sua rede própria, apenas 7800 leitos.

Apesar da crise previdenciária ser reconhecida, as grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), continuava apoiar o modelo que lhes visavam tantos lucros.

A partir das discussões acadêmicas sobre política de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária começa a surgir, tendo como primeiro marco, o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado em 1979, conforme se tem:

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento representado pelo CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, apresentou e discutiu pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava na época, Sistema Único de Saúde levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população (NETO, 1994, p. 9).

No início as propostas foram ignoradas pelo governo. Entretanto, paulatinamente os movimentos se legitimaram, devido a atuação de seus próprios militantes, em nível parlamentar.

Progressivamente foram-se obtendo outras conquistas, a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e a elaboração em 1981 do plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Elaboração esta alcançada devido as Ações Integradas (AIS), que também propiciaram o surgimento das Comissões Inter-Institucionais de Saúde (CIS). Conquistas estas possibilitaram a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com a eleição de Tancredo Neves/Sarney, em 1985, surgem diversos movimentos interessados na discussão sobre o sistema de saúde. Incentivados pela previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, formuladora da nova Constituição Brasileira, os movimentos convocam a 8ª Conferência Nacional da Saúde, para discutir e propor novos rumos para a política de saúde. O relatório resultante do encontro, com ampla participação popular, aprovou o projeto Reforma Sanitária, foi levado a Assembléia Nacional Constituinte em 1987 para disputar com outras propostas. A 8ª Conferência trouxe um conceito ampliado de saúde. Segundo Neto (1994, p.11),

A saúde deve ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é apenas conseguida apenas 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.

Imprescindíveis foram e são, até hoje, as avaliações da situação da saúde, na quais a sociedade e grupos representativos propõem idéias, para formular novas políticas da área, que são denominados Conferências. Ressalta-se a importância da 8ª Conferência que significou um marco na história da luta pela conquista da saúde como um direito.

Segundo Adib Domingos Jatene, presidente da 10ª Conferência Nacional da Saúde

A 8ª Conferência em 1986, realizada no Ginásio Esportivo de Brasília, teve a intensa participação popular e praticamente mostrou o caminho posteriormente incorporado na Constituição, consagrando a idéia da universalidade do atendimento e da responsabilidade do Poder Público (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 9).

Com a aprovação da nova Constituição Brasileira em 1988, incorporou-se em uma seção, a maioria dos conceitos e propostas obtidos através da 8ª Conferência. A constituição Brasileira tornou-se uma das mais avançadas do mundo.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988, expressa o avanço na concepção de saúde,

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1995, p. 88).

A partir destas considerações, desenvolve-se a seguir, o primeiro item, deste Capítulo, *A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde*, recuperando-se conquistas e os caminhos percorridos para a implementação do SUS. O segundo item, aborda *A política Nacional de Saúde durante o Governo Fernando Henrique Cardoso*, traçando a consolidação da ideologia neoliberal e o seu entendimento de modernização durante seus dois mandatos de 1995 à 1998 e de 1999 à 2002.

1.1 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece conceitos e princípios e uma nova lógica de organização da saúde da Reforma Sanitária, tal como o artigo 198

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único: o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1995, p. 88).

Logo, a Constituição Federal de 1988, trata a saúde como sendo o ponto mais importante, ou seja, a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como, o acesso universal e igualitário. Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que a saúde passou a compor o tripé da Seguridade Social, juntamente com a previdência e assistência social. Legitimando a lutas do Movimento Sanitário.

Em 1989, o modelo neoliberal apresentou-se como absoluto, no Governo Collor, causando mudanças significativas na economia. O projeto neoliberal impôs ao Brasil o “modelo de modernização conservadora”, ordenado pelo capital internacional. No governo Itamar e do Fernando Henrique Cardoso, nada foi alterado, nas políticas já implantadas por Collor.

A primeira norma editada foi a NOB 01/91, no Governo Collor pelo ministro Alceu Guerra, teve como características:

a) equiparação dos prestadores públicos e privados; b) manutenção da gestão dos SUS centralizada no INAMPS; c) Municípios como gestores de Unidades de Saúde e não de sistema. d) Alguns estados assumiram a gestão – a maioria manteve-se como prestador de serviços de saúde, com a mesma lógica com que eram tratados os prestadores privados dos serviços de saúde para o Governo Federal, controlados pelo INAMPS (NOB, 1991).

Mance (2001, p. 2-3) afirma que,

[...] o Receituário Monetarista permaneceu, com taxas e juros elevados, e o combate do déficit público se fazia as custas da precarização dos serviços de saúde, educação, e com a pretendida implantação de reforma fiscal que se resumiu ao Imposto sobre movimentação financeira.

Desta forma se davam os ajustes neoliberais, tais como: desemprego estrutural, concentração de renda e aumento da pobreza, dívida externa e interna.

Constitucionalmente em 1988 foi criado o SUS. No entanto, somente foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A seguir a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as referências intergovernantes de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Segundo Chioro, Scaff (1996, p. 7)

A Lei 8.080, não consegue incluir dispositivos de regulação do setor Privado, inclusive de atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia. Houve uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e o Governo, que resultou na Lei 8.142, de 28/12/90, que resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde, repasses automáticos e condições para que os municípios e estados possam receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

Desta forma que estas leis expressam as conquistas preconizadas na Constituição, aprimorando o funcionamento do SUS de acordo com os princípios que regem o a Constituição, tal como: universalidade; equidade; integralidade.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, possibilitou a abertura da descentralização, municipalização e participação social. Dando início a gestão municipal, a criação das comissões intergestoras bipartite em nível Estadual, e tripartite, em nível Federal, bem como indicou os consórcios intermunicipais, ação esta expressa pela Norma Operacional Básica nº93 - NOB 93, consolidadas na Norma Operacional Básica nº 96 - NOB 96. A segunda NOB 01/93, gestada na presidência de Itamar Franco, tendo como ministro Jamil

Haddad. Esta mesma foi viabilizada a partir dos esforços dos sanitaristas com grande experiência na gestão de sistemas municipais de saúde comprometidos com a reforma sanitária. Regulamentando a habilitação da gestão da saúde pelos municípios, havendo desta forma o processo de municipalização que acontece pela liberação automática de recursos, fazendo com que os municípios se tornem de fato, gestores do SUS. A NOB/93 foram criados três tipos de Gestão: Incipiente, Parcial e Semi-plena. A gestão semi-plena significou melhorias na administração das secretarias municipais e de saúde.

[...] pela transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais; a responsabilidade pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (estaduais e federais) e privados, passou a ser das secretarias municipais de saúde, sob acompanhamento e controle dos Conselhos Municipais de Saúde; e pela criação das comissões intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB. Em nível estadual esta comissão é chamada de bipartite e é composta, paritariamente, por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Em Âmbito nacional a comissão tripartite, reunindo representantes dos Secretários Municipais de Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. (CHIORO, SCAFF, 1996, p. 12).

Nesta perspectiva, de acordo com o Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira (1996), foi a partir de sua viagem ao Reino Unido, no qual, lhe oportunizou analisar novas formas de gestão do sistema de saúde, foi possível encaminhar ao Ministério da Saúde, uma nova idéia de organização do Sistema Único de Saúde, nesta mesma época, estava-se implementando a Norma Operacional Básica, NOB – 93, dando especial ênfase à descentralização para os municípios, nos termos da *Administração Semi-Plena*. A nova idéia trouxe como principal mudança, distinção entre a demanda da oferta de serviços, controlando assim, a oferta através da demanda. Isso fez com que houvesse uma nova estratégia de distribuição de recursos federais do SUS para os municípios, ou seja, os recursos começaram a ser enviados de acordo com o número de habitantes e não mais a partir do número de leitos. A proposta trazia também, como objetivo, permitir que os

Municípios e Conselhos Municipais de Saúde formassem um *Sistema de Entrada e Triagem*, encaminhando os pacientes para os hospitais e ambulatórios credenciados. Desta forma, o sistema viabilizaria a internação em hospitais, impreterivelmente os casos de emergência.

A 10ª Conferência da Saúde, enfim, aconteceu com os mecanismos de participação consolidados. Precedida com 27 Conferências Estaduais e mais de 3000 Conferências Municipais, no qual foram apresentadas análises e proposições enriquecedoras para concretização dos objetivos.

Conforme o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), realizada entre os dias 2 e 6 de Setembro, tornam público através de carta a instância máxima de formulação participativa da política nacional saúde, conquista esta, do movimento democrático de saúde do país.

Embora, estivesse crescendo as conquistas democráticas e institucionais, as crises referentes as instituições de saúde continuam sendo graves, bem como as condições sanitárias. A política econômica de cunho neoliberal, implementada pelo governo Federal e pelos governos estaduais, imposto pelo Fundo Monetário Internacional, que trouxe o discurso de mudanças pela *modernização*, assim como pela própria elite financeira nacional, impregnam a política do *Estado Mínimo* para as políticas sociais, transferindo para as leis e órgãos privados a responsabilidade de atender os direitos de cidadania. A política do *Estado Mínimo*, tornou o país cada vez mais dependente, devido as suas dívidas externas, produzindo o empobrecimento, desemprego, quebra dos direitos trabalhistas, exclusão social. No qual trazem consigo as conseqüências nefastas, tais como violência, doença e morte.

A proposta da 10ª Conferência, ergue bandeira a uma outra forma de *modernização*, no qual diz

A nossa Modernização e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento socioeconômico, de melhor distribuição

de renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 13).

Desta forma o SUS, representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, através da descentralização e da estabilidade da municipalização plena de saúde e da regionalização dos serviços.

Conforme rege a carta da 10ª Conferência de Saúde, a construção de um novo modelo de atenção a saúde passa, necessariamente pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com conselhos partidários, tripartites e deliberativos para que o SUS, cada vez mais, dê certo. Nesse sentido destaca-se:

Exigir a manutenção do princípio e conteúdo constitucional da Seguridade Social, incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social. Repudiamos qualquer alteração constitucional que signifique retrocesso na conquista da cidadania e dos direitos sociais;

Deflagração de ampla mobilização popular pela imediata aprovação do Projeto de Emenda à Constituição – PEC 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde. Ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social com fontes permanentes de financiamento;

Rejeitar qualquer tentativa de invalidação do Fundo Nacional da Saúde, já regulamentado pela lei Federal nº 8,142/91. Garantir o fim das fraudes e dos desvios de verbas através da efetiva fiscalização dos Conselhos de Saúde e a descentralização da gestão e controle em todos os níveis de complexidade dos serviços;

Exigir a imediata discussão do projeto da Reforma do Estado do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no âmbito dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais e a revisão de todas as propostas que forem os princípios e diretrizes do SUS;

Contra os modelos alternativos que se resumem à simples privatização da gestão das unidades públicas, como é o caso das fundações privadas e dos PAS, que desviam recursos públicos para o lucro de poucos e prejuízos dos interesses da população, além de romperem direitos trabalhistas e fugirem dos princípios do direito público;

Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 14).

Segundo Bairros (1997) apud Müller, (2002), para que o SUS seja implantado, é fundamental que a descentralização seja efetivada através da municipalização da saúde, sendo essa um processo de natureza essencialmente política, em que as comunidades locais passam a envolver-se diretamente com a totalidade dos serviços e ações existentes nos municípios, definindo quais as prioridades para os planos municipais. Portanto, a participação da comunidade organizada na administração dos sistemas de saúde, exercendo o controle social desse sistema, deve se viabilizada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pelas Conferências de Saúde.

Segundo Chioro, Scaff (1996), o Sistema Único de Saúde é uma nova formulação, que tem como objetivos finais, dar assistência à população, através da proteção, promoção e recuperação da saúde, buscando o os meios – processos, estruturas e métodos eficientes e eficazes, de forma a alcançar os objetivos propostos e torná-los efetivos no Brasil. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipais, estaduais e federal. Toda pessoa, independente de estar inserido no mercado de trabalho ou não, de raça, cor, religião, local de moradia ou renda, tem direito à assistência à saúde. Assim como cada pessoa deve ser atendida conforme suas necessidades, respeitando a cultura de cada região, bem como as características peculiares dos problemas apresentados, oferecendo mais, a quem precisa mais, diminuindo as desigualdades existentes. As ações de saúde devem ser planejadas e voltadas para *prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação*. O ser humano deve ser atendido integralmente, pois biologicamente, psicologicamente e socialmente, também está sujeito a riscos de vida.

Chioro, Scaff (1996) também esclarecem que, *Promoção à Saúde* são ações que buscam eliminar e controlar as causas das doenças e agravos, estando relacionadas aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Para tanto são desenvolvidas ações diversas, como a vigilância à saúde e sanitária, saneamento básico, imunizações e ações coletivas preventivas.

Já a *Proteção* à saúde, acontece através de ações específicas, para manter o estado de saúde, como por exemplo: o tratamento da água para evitar cólera e outras doenças; prevenção de doenças transmitidas sexualmente (DST); prevenção de complicação da gravidez e do puerpério; imunizações; prevenção a cárie dental; prevenção a doenças contraídas no trabalho; prevenção de câncer de mama, de próstata, de combate ao fumo; controle de qualidade do sangue, etc.

Recuperação a Saúde, são ações que evitem as mortes das pessoas doentes, proporcionando atendimento médico ambulatorial básico e especializado; atendimento às urgências e emergências; atendimento odontológico; internações hospitalares; reabilitação física. Desta forma, entende-se que tanto a *promoção*, *proteção* formam um todo indivisível, configurando um sistema que presta atendimento, literalmente integral.

Para tanto, as intervenções indicadas seriam ordenadas e hierarquizadas considerando-se o grau de complexidade dos problemas a que se referem.

Ainda, abordam Chioro, Scaff (1996), que a *regionalização* e *hierarquização* da rede do SUS deve ser organizada, de tal forma, que contribua para as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, e educação em saúde, além de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O nível primário de atenção, devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, os demais problemas deverão ser encaminhados para serviços de alta complexidade tecnológica.

Quanto a *resolutividade*, deve ser um sistema apto a resolver os problemas, que encaminhem os pacientes a procurarem os serviços de saúde, conforme o nível de assistência, com responsabilidade pela vida dos cidadãos.

Já a descentralização, segundo Castamann (2003, p. 36) significa, “gestão de serviços, tendo somente um gestor público que será responsável pela execução da política de

saúde nos três níveis de governo, municipal, estadual e federal, cada qual com suas funções específicas”. Responsabilidades essas redistribuídas, com a idéia de que, quanto mais perto do fato, a probabilidade de acerto nas soluções, é maior.

Para Roncalli e Souza (1998) o poder de decisão deve ser descentralizado, apontando ainda que o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios deve ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. Dessa forma deverá haver uma inversão na situação atual, quando a maioria dos serviços de saúde que têm sido vinculados ao nível federal, como INAMPS, deve passar para os níveis estadual e municipal, principalmente para este último, produzindo o que se tem chamado de municipalização da saúde.

Paulatinamente as idéias foram se concretizando, segundo, ainda Pereira (1996), em novembro de 1996 foi assinada a NOB – 96, consagrando os princípios da municipalização.

As Normas Operacionais Básicas segundo, Chioro e Scaff (1996), regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os Municípios, Estados e Governo Federal, via objetivos estratégicos, com o intuito de normatizar o SUS.

1.2 A Política Nacional de Saúde durante o Governo Fernando Henrique

A X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em setembro de 1996, defendeu o combate contra ao projeto Neoliberal e à implantação do Estado Mínimo, no qual privatiza as políticas públicas e ignora os direitos humanos. Pois o momento é de combate, haja vista, que

o governo Fernando Henrique Cardoso, reluta em regulamentar definitivamente a NOB 96. Fortificando o processo de consolidação do projeto neoliberal.

Conforme afirma Chioro, Scaff (1996, p. 14 –16):

[...] o governo Fernando Henrique Cardoso procura divulgar à opinião pública que está em curso uma mudança de modelo de saúde, através da implantação de programas nacionais (agentes comunitários, saúde da família, combate à dengue, etc.). Mantém a tradição da centralização e verticalização, contrário ao espírito e a letra dos SUS, muito embora o discurso estabeleça como prioridade a municipalização.

Em novembro de 1996, no 2º ano do 1º mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi assinada a Norma Operacional Básica (NOB/01/96), pelo Ministro Adib Jatene. No qual assinou pouco antes de sua saída do mandato, momento esse marcado pelo desgaste político, devido a aprovação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) e pela restrição dos recursos financeiros.

A Norma Operacional Básica de 1996 trouxe avanços importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, através da promoção do pleno exercício do poder público municipal. Com a caracterização da responsabilidade sanitária e com a descentralização aos municípios referentes à atenção básica, reordenando, desta forma o modelo assistencial. Aumentando o repasse fundo a fundo. Para isto os municípios são responsáveis da gestão da atenção básica e gestão plena dos sistemas dos municípios, como também os Estados adquirem gestão avançada e plena dos sistema Estadual.

Segundo Junior (1998) apud Muller (2002) destaca que a descentralização da política de saúde para os municípios ocorreu de maneira muito rápida, não havendo correspondência de alocação de recursos para tal responsabilidade. Desta forma com a crise gerada pelos cortes de recursos federais para a saúde, os municípios desenvolveram novas experiências de construção de modelos organizacionais, diferentes das intenções que políticas do Movimento Sanitário pretendiam implementar.

Utilizando a crítica, que referia-se a falência do SUS, provocado pela falta de recursos econômicos e pelo descaso do Governo com a saúde, seguia-se fielmente o projeto neoliberal, reduzindo passo a passo o financiamento do SUS, com o objetivo de acabá-lo. Em 1997, mesmo com o discurso de ser o ano da saúde, gasta apenas 2,2% do PIB com Saúde. Segundo Chioro, Scaff (1996, p.14): “ O gasto per capita do governo Federal com a saúde é um dos menores do mundo, não ultrapassando de 60 dólares, inferior até mesmo em *potências* mundiais como a Somália”. Reaparecem as epidemias de sarampo, cólera e dengue, bem como as que já haviam sido controladas, voltaram, tais como: tuberculose, malária e hanseníase.

Neste mesmo governo de Fernando Henrique Cardoso, juntamente com os governadores, avançam na proposta neoliberal, no qual propõe as privatizações de hospitais e serviços públicos e aderem as chamadas parcerias, deixando a saúde a mercê da lógica mercadológica.

Os programas do Ministério da Saúde, implicaram em *racionalizações* e *simplificações*, desenvolvendo modelos tecnoassistenciais com critérios de alta legitimação social, sem alterar a matriz hegemônica do poder.

O Portal Humaniza do Ministério da Saúde (2000), apresenta todos os Programas de Saúde e projetos em desenvolvimento pela Saúde, implementados durante governo Fernando Henrique Cardoso:

1) *Agentes Comunitários de Saúde*: Programa de Agentes Comunitários de Saúde que visa contribuir disponibilizando diversos profissionais, com o intuito de manter uma ligação efetiva com a comunidade.

2) *Banco de preços em Saúde-Aids*: Visa garantir uma política global de acesso à aids, a um maior número de pessoas, com preços, com preços justos e adequados à realidade do país.

3) *Bolsa Alimentação*: Consiste na complementação de recursos União, para a melhoria da alimentação e das condições de saúde e nutricional.

4) *Campanha Nacional de Registro de Nascimento*: Visa garantir o direito a todas as crianças.

5) *Cartão Nacional de Saúde*: Facilitar o atendimento. Melhorar o atendimento aos usuários fornecido pela rede SUS.

6) *Carteiro Amigo*: O projeto é uma atividade de incentivo ao aleitamento materno, como estratégia para reverter quadros de desnutrição.

7) *Controle de Endemias*: É mais um processo de descentralização da saúde no âmbito do SUS.

8) *Gestação Alto Risco*: A implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de Alto Risco deve estimular e apoiar a organização e consolidação de Referência em todo o País.

9) *Iniciativa: Hospital Amigo da Criança*: Tem o intuito de promover, proteger contato materno.

10) *Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das ações para a eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose*: Visa eliminar a Hanseníase e controlar a Tuberculose. Sendo necessário recursos financeiros, conhecimento técnico atualizado e alto grau de descentralização de serviços de saúde.

11) *Plano Plurianual*: Elaborado a partir de diretrizes estratégicas da Presidência destinadas a consolidar a estabilidade econômica, promover o desenvolvimento e erradicar a pobreza, consolidando a democracia.

12) *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*: tem como propósito garantir a qualidade de alimentos colocados para consumo no país.

13) *Política Nacional de Medicamentos*: Tem como meta garantir a qualidade e segurança desses produtos, como também garantir a promoção do uso racional da população, considerados essenciais.

14) *Programa Criança e Vida*: Promover iniciativas voltadas para crianças e adolescentes com câncer. Sendo financiado pelo Banco do Brasil e recebe suporte técnico do Ministério da Saúde.

15) *Programa de Assistência Farmacêutica*: O programa pretende garantir o tratamento eficaz das populações mais pobres e possibilitar fácil acesso aos medicamentos essenciais.

16) *Programa de Garantia da Qualidade de Sangue*: Tem como objetivo resolver as inseguranças e receio da população no que se refere a tratamento que há necessidade de receber sangue.

17) *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde*: Pretende garantir a assistência básica de saúde à populações de municípios desprovidos dos serviços.

18) *Programa de Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis*: Objetiva controlar as doenças passíveis de imunização.

19) *Programa de Saúde Bucal*: A inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família permite o desenvolvimento de forma integrada, beneficiando a população.

20) *Programa Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas*: busca garantir sua integridade territorial e cultural.

21) *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*: Foi criado com o objetivo a possibilitar o acesso À cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

22) *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama – Viva Mulher*: Principal objetivo é reduzir o índice de mortes causadas pelo câncer de colo do

útero e de mama, permitindo acesso a diagnósticos precoce pelo exame Papanicolau e exame clínico das mamas.

23) *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer*: Promove capacitação de profissionais das secretarias de saúde, para orientar a população dos males do tabagismo em escolas, empresa e em comunidades locais.

24) *Programa Salve*: Objetiva reduzir o número de acidentes de trânsito.

25) *Programa Saúde da Família*: a idéia é reorganizar a prática e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da população, para assim melhorar a qualidade de vida.

26) *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*: Promove o desenvolvimento de Recursos Humanos na Área de Saúde, tendo como meta assegurar a formação técnica e educação profissional em saúde, a nível médio, bem como nível superior.

27) *Projeto Expande*: Tem como principal objetivo estruturar a assistência oncológica no Brasil a fim de obter um padrão de alta qualidade.

28) *Reforsus*: O Reforço à Reorganização do sistema Único de Saúde investe na recuperação da saúde do país.

28) *Sistema de Informação da Atenção Básica*: O sistema tem a função de monitorar os indicativos das populações, a partir das informações dos agentes.

30) *Sistema de Informatizado de Aquisição e Distribuição de Medicamentos*: a missão é subsidiar informações necessárias a todos os interessados, sejam eles Estados, Municípios como qualquer setor da comunidade.

31) *O Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH)*: Segundo Cembranelli, informações via Portal Humaniza (2000), o governo entende como necessário um programa de humanização nos hospitais devido à subjetividade que está na

base de toda intervenção em saúde. O contato humano é um ponto imprescindível a ser discutido a nível hospitalar brasileiro. A forma a qual, os hospitais encaram seu objeto de trabalho deve ser reavaliada. É sabido que houve avanços, no decorrer dos últimos anos, se tratando de tecnologia hospitalar. No entanto, não é o suficiente quando não há ética e delicadeza, pois resulta somente em ausência de bem-estar. O Programa Nacional de humanização de Assistência Hospitalar trás um conjunto de medidas que indicam uma profunda mudança no modo de fazer uma assistência nos hospitais públicos do Brasil. O Ministério da Saúde, as Secretarias estaduais e municipais e entidades da sociedade civil exigirão a participação dos gestores, profissionais da saúde e da comunidade, entendendo que é necessário que se troque velhos paradigmas por novos hábitos; exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. Aproveitando os projetos de humanização já existentes nos hospitais e transformá-los em organizações dinâmicas, harmônicas e solidárias.

Por sua vez, diante do atual contexto, do elenco de programas mencionados, faz-se relevante elucidar, segundo Melo e Costa apud Nogueira (2002, p. 84), tal questão

Em um amplo debate sobre as repercussões econômicas dos gastos incrementais em saúde nas economias capitalistas centrais. [...] Não raro a agenda do Banco Mundial apela para a diminuição do papel do Estado e para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidados a saúde. [...] Prioriza doenças e programas específicos baseados em critérios de custo – efetividade. E advoga a ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública.

Nesta mesma lógica Neoliberal, em abril 2000, o Ministério da Saúde, convoca a XI Conferência Nacional de Saúde, durante a reunião do Conselho de Saúde. No qual sugere que o tema central deveria ser um balanço dos dez anos do SUS. Segundo Informativo do CFESS (2000), a indicação era fazer um balanço dos dez anos do SUS e que agregasse uma sistematização do que seria o processo de aperfeiçoamento, vínculo e cooperação de descentralização, incluindo questões relativas à humanização, a qualidade da atenção básica e

a questão do acesso. Sendo aprovado pelo plenário, o tema: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*. Importante ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), já havia aprovado e encaminhado uma proposta ao Ministério, o tema: *Efetivando o Controle Social*. Desta forma, a proposta indicada pelo próprio Ministério, faz com que o CFESS, tome uma posição, entendendo que o tema escolhido pelo plenário, conforme citado, Efetivando o SUS, significa secundarizar a discussão do controle social, cuja participação democrática de toda a sociedade organizada possa, intervir para a garantia de implementação do modelo de Gestão SUS, no qual se concretiza a partir da exigência do cumprimento da legislação vigente, cobrança de financiamentos para a saúde, gestão de recursos humanos, matérias/operacionais, publicação da política, no qual tem o intuito de fortalecer esses espaços para contribuir na efetivação do SUS.

[...] somos contrários à mudança do eixo controle para humanização, porque para os trabalhadores comprometidos com a viabilização dos serviços públicos (na ótica dos direitos sociais e da cidadania) a humanização dos serviços depende de medidas concretas que não são viabilizadas pela relação/técnico, mas pela efetivação do SUS, enquanto modelo de atendimento em saúde para toda a população, além dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, além dos princípios gerenciais da descentralização, regionalização, hierarquização; gestão única em cada esfera de governo; aprovação e disponibilidade de orçamento; vontade política e compromisso por parte do governo; responsabilização do Estado pela situação de miséria da população, pelas políticas sociais. (INFORMATIVO CFESS, 2000, p. 2)

A XI Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2002, contou com 50%, de usuários e nela foram feitas reflexões e estabelecidas as diretrizes para a política de saúde na efetivação do SUS. Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que são compostos por parte usuários outra pelo governo. O mesmo tem a função de normatizar, recomendar, formular estratégias e fiscalizar a execução de políticas de saúde, tanto a nível Estadual, como Municipal. Utilizando como estratégia as negociações políticas, por ação judicial e o acionamento do Ministério Público quando as resoluções não são cumpridas.

Tal apontamento serve para análise deste trabalho, principalmente por se tratar de um Programa de Humanização, no qual preza o inter-relacionamento humano, como será apresentado no capítulo a seguir.

2- PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR

2.1 O Programa Nacional de Humanização Hospitalar

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), conforme consta Portal Humaniza do Ministério as Saúde (2000), foi lançado no dia 19 de junho de 2001, com o intuito de melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento prestado aos pacientes do Sistema Único de Saúde, coordenado pela Dra Eliana Ribas.

As considerações publicadas no Portal Humaniza (2000), sobre a necessidade de um Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), expressa a importância, de se mudar a forma como os Hospitais encaram o seu objeto de trabalho. Através de pesquisas, apontadas pelo Portal, é comprovado que o contato humano é um dos pontos críticos do hospital público. Não basta haver avanços tecnológicos, investimento para a melhoria de gestão, deve-se ter compromisso com a ética, para que aconteça a produção do bem-estar.

Apontando para uma nova forma de se fazer assistência hospitalar, o PNHAH, traz um conjunto de medidas para serem executadas nos hospitais da rede pública. A implementação do mesmo, depende de ações do Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais, entidades da sociedade civil e a comunidade, gestores e profissionais da saúde.

A princípio foram contemplados noventa e quatro hospitais da rede pública, com previsão de chegar a quatrocentos e cinquenta hospitais até final de 2002. A metodologia utilizada para sua implementação foi de trabalho em rede e de responsabilidades

compartilhadas, sendo que todos que participarem, seja usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar serão beneficiados.

A proposta é proporcionar ao usuário um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que atendem, não apenas por ser direito, mas uma etapa fundamental da conquista da cidadania.

O PNHAH visa, resgatar o sentido da prática profissional da saúde, atendendo a realização pessoal e profissional dos que o fazem, com o intuito de humanizar assistência. O Programa preconiza que não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a instituição se revalorize, sendo uma construção complexa e gradativa, segundo Manual.

Na construção do “hospital humanizado”, haveremos de agir como artesão que toma a matéria em suas mãos para moldar as formas nascentes do que deve ser criado. Do que será, no futuro.

Assim como ele, é preciso transitar, obstinadamente, de uma forma a outra. Trocar velhos paradigmas por novos hábitos; exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. É preciso aproveitar os projetos de humanização já existentes nos hospitais e soerguer o desejo, que também existe, de transformá-los em organizações mais dinâmicas, harmônicas e solidárias (PORTAL, 2000, p.1-2).

Segundo Ribas apud Portal Humaniza (2000), o PNHAH, além de capacitar os profissionais dos hospitais e secretarias, o mesmo vislumbra novas propostas de humanização dos hospitais, para benefício dos profissionais e usuários. Difundindo na rede hospitalar pública brasileira uma nova forma cultura. Estimulando parcerias e intercâmbio de informações e experiências na área.

Conforme o Ministro da Saúde, José Serra apud Manual PNHAH (2000, p.1), o PNHAH tem o intuito de “[...] promover a pessoa humana como valor fundamental no seio das práticas da saúde [...]”.

Para dar suporte a implementação do PNHAH o Ministério da Saúde criou um instrumento chamado Manual , que consiste um roteiro operativo, porém com abertura para

cada instituição percorrer seu caminho, pontuando suas deficiências e encontrando soluções. Outros dois instrumentos criados para dar suporte foi uma Rede Nacional de Humanização, promovendo capacitação à distância, troca de idéias, bem como a criação de uma política de incentivos que inclui o consentimento do prêmio Hospital humanizado em 2002.

O manual aborda as diretrizes básicas de implantação de um processo de humanização dos serviços de saúde nos hospitais. Nascido de uma proposta do Ministério da Saúde de buscar estratégias que possibilitem uma qualificação na relação entre profissional da saúde e usuário, entre os próprios profissionais e o próprio hospital com a comunidade. O PNHAH estabelece como princípios fundamentais o respeito a singularidade das Instituições Hospitalares e a integração e estreita cooperação entre os diversos agentes que compõe o Sistema de Saúde.

O PNHAH propõe um conjunto ações. Dentre as ações, é formado um Grupo de Trabalho de Humanização, nas Instituições Hospitalares e a formação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde. Ambas possuem condições fundamentais em encaminhar os processos de implementação do PNHAH nos hospitais.

O objetivo geral é difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS. Os objetivos específicos: Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada pelo SUS; Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade; Capacitar os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nesta área; Desenvolver um conjunto de parâmetros de

resultados e sistema de incentivos ao serviço de saúde humanizado; Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS (MANUAL, 2000).

Cabe destacar que o Programa tem a filosofia do Humanismo, no qual o Abbagnano (1998, p.519) traz duas vertentes e das duas encaixa-se o seguinte significado ao tema analisado:

[...] I) em seu primeiro significado, que é o histórico, o Humanismo é um aspecto fundamental do Renascimento, mas precisamente o aspecto em virtude do qual o Renascimento é o reconhecimento do valor do homem em sua totalidade e a tentativa de compreendê-lo em seu mundo, que é o da natureza e da história. [...].

Em sentido geral, pode-se entender por Humanismo qualquer tendência filosófica que leve em consideração as possibilidades e, portanto, as limitações do homem, e que, com bases nisso, redimensione os problemas filosóficos.

A filosofia que fundamenta, segundo consta no Manual do PNHAH (2000), o homem se distingue dos outros animais devido a uma rede de imagens e palavras desde o seu nascimento, transformando-o em um ser singular. A linguagem dotada, apenas pelos homens, possibilita a produção da cultura e a partir dela, intervem e modifica a natureza, possibilitando tamanhas mudanças, tal como transformar doença e saúde. No entanto, o homem é capaz das maiores arbitrariedades, quando a linguagem fracassa. A destrutividade faz parte do humano, chegam a ponto de aniquilarem-se entre si, por uma só razão, as diferenças. Desta forma, então o que seria Humanizar, é fazer com a palavra não fracasse através da comunicação, ou seja, garantir à palavra a sua dignidade ética, assim “[...] Pela linguagem fazemos descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente”², ou seja sem comunicação não há humanização. O ato médico muitas vezes elimina a dignidade ética da palavra, acontece quando a ciência trata as pessoas como meros

² MANUAL. **Manual PNHAH**. 2000. p.17. Disponível em: http://www.humaniza.org.br/potal/re02_PNHAH.asp.. Acessado em 01 de janeiro de 2003, 21:00h.

objetos da própria técnica, desconsiderando a opinião do ser investigado, não ouvindo suas angústias e expectativas.

Em contrapartida, a falta de condições técnicas e materiais, também levam a desumanização, e geram conflitos entre os usuários e profissionais.

Assim como o usuário, o profissional da área da saúde, também necessita de assistência humanizada, para isso, devem fazer parte de uma rede de diálogo, que promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais.

Desta forma o PNHAH, estabelece como parâmetro, o atendimento ao usuário e o trabalho dos profissionais, sendo que, através deste parâmetro, se fará a reflexão para determinar as ações.

O Programa tem o intuito de criar uma cultura de humanização, partindo de uma filosofia organizacional. Sabe-se que levará um tempo para construir a filosofia. Para o PNHAH, “Humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável e contagiante”.

O PNHAH aponta a descentralização, através da municipalização e regionalização, como estratégia para garantir o direito do cidadão brasileiro a ter acesso ao Sistema Único de Saúde, para isso, o governo e a comunidade são responsáveis pela estruturação e funcionamento do mesmo.

Conforme a pluralidade de condições dos municípios brasileiros, o SUS definiu dois níveis de habilitação para ser administrado pela municipalização. Gestão Plena da atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde, definidos pela Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde – NOB 01/96, no qual foi ampliado pela Norma Operacional de Assistência À Saúde – NOAS 01/2001, que também estabeleceu critérios de avaliação de gestão.

Conforme consta no Manual PNHAH (2000, p. 5), a regionalização se dá da seguinte forma,

A regionalização da saúde garante referências ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designado serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Estas são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. As Secretarias Estaduais de Saúde designam também os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade e os Centros de Referências Nacionais.

Planejamento e articulação dos gestores municipais e Estaduais são exigências para a operacionalização do SUS. Quanto mais o planejamento deste sistema estiver articulado, mais se tem certeza que o objetivo institucional será atingido.

A articulação dos gestores municipais e estaduais, instancias colegiadas de participação social, Conferências de saúde e Conselho de Saúde, são estratégias principais para a efetivação da Humanização da Saúde Pública.

A complementação do SUS possui dilema e desafios embora se tenha lutado anos para legitimar a ampliação do SUS, o mesmo se defronta hoje, com a urgência em qualificar os serviços em termos de eficiência e eficácia.

Os custos adicionais, despendidos pelo SUS há anos, não podem ser ignorados, em função das deficiências na relação profissional/usuário dentro das instituições e da ausência de comunicação entre gestores dos equipamentos que compõem o sistema de saúde.

Refletir sobre a atual conjuntura do SUS e propor propostas de enfrentamento das questões a serem resolvidas, são as duas tarefas principais do processo de humanização dos serviços de saúde. Sendo imprescindível a sensibilização dos gestores do SUS para a proposta de humanizar, no qual estará disposto a fazer uma gestão que garanta ações com

participação efetiva e permanente na transformação da realidade institucional. A criação de espaços permanentes de comunicação, entre, gestores usuários e profissionais.

No que se refere à participação do usuário, a Constituição Federal de 1988 rege que, a participação da comunidade forma o alicerce da estrutura do Sistema Único de Saúde. Através da organização social e da participação popular que são garantidos os direitos de cidadania, bem como, os direitos dos usuários do SUS são garantidos através do controle social.

A participação popular permeia no PNHAAH, através de ouvidorias; trabalhos em salas de espera; alojamento; ampliação do horário de visitas. Esta metodologia tem se mostrado eficaz a respeito de estímulo para a participação popular. Desta forma, visa ampliar os direitos dos usuários e convalidar o prestígio hospitalar.

Tanto as instituições, como a população tem se disponibilizado a trabalhar com as ações filantrópicas, sendo que com uma visibilidade maior e respeitabilidade às propostas de trabalho voluntário.

O voluntariado nasce de um impulso, solidário e de forte caráter emocional. Seria um engano negar origem ou desconsiderar essa enorme força motivacional. É necessário, a partir desse impulso, ir além dele em direção ao fortalecimento tanto de uma sociedade civil mais autônoma, quanto de instituições mais democráticas. Há preconceitos a serem desfeitos quanto a natureza e o significado do trabalho voluntário, e isto só pode ser impulsionado com ampla divulgação de informações de experiências, com um trabalho sistemático de orientação e integração dos voluntários e com um preparo das instituições para gerenciar adequadamente o potencial do trabalho voluntário. No entanto, tudo isso só se sustentará ao longo do tempo e se consolidará uma nova cultura de voluntariado se a comunidade mais ampla for envolvida. O processo de humanização do trabalho hospitalar implica uma série de dimensões organizacionais, institucionais, profissionais, profissionais e pessoais, das quais a incorporação consistente do trabalho voluntário é um dos componentes. O trabalho voluntário, como um elemento que integra o todo da instituição, e como expressão de uma ética de solidariedade e de participação cidadã, é uma das formas mais efetivas de aliança da instituição com uma comunidade que incorpora e assume sua parcela de responsabilidade pela mudança na cultura de atendimento à saúde. Esse trabalho, se organizado, é uma fonte de recursos e competências qualificadas que, através da participação direta da comunidade, 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 que são inseparáveis de uma mudança na compreensão do mundo e de uma transformação mais ampla da sociedade (MANUAL, 2000, p. 8).

O Manual do PNHAH (2000) recomenda itens para o desenvolvimento do processo de implementação do mesmo nas instituições hospitalares: Gestão participativa; Participação na Rede Nacional de Humanização. O intercâmbio, troca de informações contínuas entre os Programas é um desafio que o Sistema de Saúde Pública deve enfrentar. Para isso, foi necessário que o Ministério da Saúde buscasse metodologia que viabilizem o desenvolvimento e consolidação dos programas, propostos pelo SUS. Desta forma, o processo de humanização dos serviços de saúde através de sua metodologia construir uma rede que estabelece relações entre vários setores e projetos, entre a própria instituição e os usuários, bem como com empresas instituições públicas ou privadas. Comunicação e articulação, ferramentas essenciais para a consolidação do SUS, como também no que diz respeito à qualidade do Serviço Público do Brasil.

Os objetivos da Rede Nacional de Humanização, segundo Manual (2000, p. 10)

Dar visibilidade e confiabilidade da instituição perante a comunidade através da coletivização das informações sobre as ações realizadas e os resultados alcançados; Oferecer maior agilidade nos processos a serem desenvolvidos através do conhecimento de novas metodologias já desenvolvidas em outras iniciativas; Oferecer maior possibilidade de estabelecimento de parcerias; Garantir o apoio e a ressonância para as iniciativas de humanização desenvolvidas; Favorecer a formação de uma cultura de participação, de cooperação e de co-responsabilidade.

Para participar da Rede Nacional de Humanização a instituição de acessar através do Site, recebendo informações sobre os dispositivos da Rede: Banco de Projetos, Mapa Nacional de Humanização, grupos de discussão, palestras, conferências e supervisão À distância e até divulgando experiências, desde que seja autorizado pela direção da instituição.

Segundo Ribas apud Portal Humaniza (2000), a Rede Nacional Humanização, chamada Rede Eletrônica foi necessária à criação do Portal Humaniza – www.humaniza.org.br, com vários dispositivos, tal como: Programa; experiências, hospitais e secretarias, biblioteca, cadastre-se; agenda PNHAH; fórum humaniza; links; assessorias aos GTHs; eventos; ouvidoria; cadastre seu site.

O Grupo de Trabalho de Humanização é um grupo de caráter participativo e democrático, no qual tem o intuito de resgatar a humanização da assistência à saúde, pelo bem estar dos usuários e profissionais. A coordenação deve ser integrada por lideranças compromissadas com a idéia da humanização. Seus integrantes de preferência devem ser compostos por chefias de setores e serviços, técnicos da área médica e não médica, assistentes sociais, psicólogos, agentes de enfermagem, encarregados, técnicos administrativos e pessoal de apoio.

O GTH, objetiva, incutir uma mudança na cultura de atendimento à saúde, preconizando o respeito à dignidade humana. Desta forma, tenta sensibilizar o profissional e o usuário aos resultados que resultarão este processo de humanização. O Grupo lidera o processo de humanização, promove ações com chefias e fluxos de proposta e deliberações, busca estratégias de comunicação e integração, divulga, avalia projetos de acordo os parâmetros propostos e estimulam a participação da sociedade civil.

Para participar do processo de implementação do PNHAH é necessário seguir os cinco passos propostos para o desenvolvimento:

- 1º - Sensibilizar a gestão hospitalar
- 2º - Constituir Grupos de Trabalho de Humanização
- 3º - Fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviços humanizados
- 4º - Elaboração e implantação de plano operacional de ação de humanização

5º - Avaliação de resultados da implantação e processo de humanização: Tomar os parâmetros de humanização para avaliar a realidade do hospital e planejar ações de humanização, que são divididos em dois segmentos, parâmetros de atendimento ao usuário e ao profissional da saúde:

No que se refere, aos Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários e ao profissional de saúde: tem-se: Condições de acesso e prestação dos serviços; Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital; Clareza das informações oferecidas aos usuários; Qualidade da relação entre usuários e profissionais; Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais; Gestão hospitalar e participação dos profissionais; Condições de trabalho na instituição; Condições de apoio aos profissionais; Qualidade da comunicação entre profissionais; Relacionamento interpessoal no trabalho; Valorização do trabalho e motivação profissional.

Segundo o Plano Estadual da Saúde do Estado de Santa Catarina (2002, p. 1) as diretrizes são pré dispostas, da seguinte forma

Garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários À resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais;

Implementar o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, o qual deverá considerar as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas;

Definir uma política de investimentos no Setor Saúde, abrangendo e a adequação da infraestrutura física e de equipamentos, permitindo atender as prioridades identificadas, corrigir distorções e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde.

Quanto ao Gerenciamento das Ações de Saúde, deve-se estabelecer mecanismos para acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde do Estado, cujo objetivo é o cumprimento das metas definidas pelo Plano Estadual de Saúde. Coordenar o processo de programação da assistência à saúde a nível Estadual. Promover o fortalecimento do Conselho

Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde como os espaços institucionais de formulação de políticas, encaminhando, controlando e avaliando a fiscalização dos recursos.

2.2 A Política Estadual de Saúde em Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina pertence à região sul do Brasil, configurando-se como o sétimo menor estado do país. Com uma área de 95,442,9 km², ocupado 1,12% de sua área territorial. Segundo a resolução do IBGE nº 07 de 15/08/2001, Santa Catarina possui 5.448.736 habitantes, distribuídos em 293 municípios, no qual a densidade demográfica se resulta em 57,08 habitantes/km².

O Estado apresenta um grau de urbanização menos acentuado do que os Estados vizinhos, assim, como da própria média nacional, 21,3% da população vive na zona rural. A distribuição espacial dos municípios catarinenses se dá de forma harmoniosa da população, em torno de 25.000 habitantes, somente Joinville, Blumenau e Florianópolis apresentam número superior a 180.000 habitantes.

Apesar da densidade demográfica do Estado de Santa Catarina ser considerado baixo, nas macrorregiões da Grande Florianópolis e Nordeste, a densidade é considerada bastante alta, 115, 23 habitantes por km².

Os aspectos Sócio-econômicos em relação à Santa Catarina são dados relevantes para se fazer uma análise a respeito de como anda a saúde no Estado.

Os indicadores do Ministério da Saúde em 2001 apud Plano Estadual (2002) apresentam que, Santa Catarina há uma melhor distribuição de renda, apesar de sua renda per

capta não ser uma das melhores da região sul. Somente 6% da população catarinense, maior de 15 anos, é analfabeta, enquanto que no Brasil essa proporção chega a 13,7%.

Santa Catarina em relação à água, esgoto, coleta de lixo apresenta em melhor posição que a média nacional. Em contrapartida, a cobertura de abastecimento de água à população através da rede geral, bem como, os serviços de coleta de lixo, não são considerados dos melhores na região sul.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (2002, p. 9),

Apesar dos indicadores analisados colocarem Santa Catarina numa posição melhor que a média nacional, a análise das variações geográficas permite identificar situações de insuficiência que possam indicar medidas de intervenção, fornecendo elementos para a análise de riscos para saúde associados a fatores de risco. Utilizando dados do censo demográfico de 2000, é possível identificar essas algumas dessas desigualdades relacionadas à questão da alfabetização e ao saneamento básico.

Os principais aspectos condicionantes dos problemas de Saúde do Estado de Santa Catarina (ANEXO A), apresentam-se os aspectos demográficos; aspectos de mortalidade; aspectos de mortalidade infantil; aspectos da saúde da mulher; aspectos da morbidade hospitalar; aspectos da morbidade de notificação compulsória; aspectos de capacidade instalada e oferta de serviços de saúde, segundo o Plano de Saúde (2002).

Desta forma tratando-se este trabalho, especificamente de um hospital infantil, destaca-se as questões que atingem diretamente esta instituição. Tais como: a taxa de natalidade em Santa Catarina encontra-se estabilizada. Há uma elevada concentração da população nas macrorregiões do Nordeste e Grande Florianópolis, sendo significativos centros de referências. A cobertura de saneamento básico no Estado de Santa Catarina é extremamente baixa, apresentando como cobertura de água tratada a menor do Sul do país e está abaixo da média nacional. A desnutrição ainda é causa de mortes em menores de 5 anos, principalmente nas macrorregiões do Planalto Serrano, Grande Florianópolis e Sul. Constatou-se que 56% das mortes em menores de 1 ano são causas perinatais e 10% causa

indefinidas o que indica dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Outro grupo de causas de morte em menores de 1 ano é o de Doenças Infecciosas e Parasitárias, principalmente as doenças intestinais, septicemias, doenças meningocócicas e AIDS.

Em face, a citação acima resume indicadores, para uma elucidação quanto a atual situação Política Estadual de Santa Catarina, no que se refere à garantia da saúde como um direito, no âmbito Estadual.

O Estado de Santa Catarina, segundo o Plano Estadual de Saúde (2002) vem contribuindo de maneira importante quanto ao cumprimento dos dispositivos da NOB SUS 01/96 e, a sua atualização através da implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e NOAS ½ desta forma, considera-se que houve evolução no que se refere a gerência do Sistema Único de Saúde.

Através da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, desde janeiro de 2000, atua efetivamente na condução da Política Estadual de Saúde. Em vista sua habilitação como Gestor Pleno do Sistema Estadual.

As conferências Estaduais de Santa Catarina tiveram início a I em 1991, no mês de setembro, realizada na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), reuniu 438 delegados, 500 observadores e 17 conferencistas, debatedores e comentadores, nesta mesma foi discutido sobre a Municipalização e Financiamento, gerenciamento do Sistema, Política de Recursos Humanos e Controle Social.

A Segunda Conferência Estadual realizou-se em 1996, também na UFSC. Nela foram levantadas as propostas em que o SUS era apresentado sob ótica dos municípios, com sugestões sobre regionalização e o Papel do Gestor do Estado e do Poder Local.

A Terceira Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, realizada no mês de Novembro de 2000, foi marcada pelas etapas municipais, pois mais de 170 municípios realizaram suas conferências municipais. A mesma contou com a presença cerca de 800

peças. O tema central foi: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e realização da atenção à saúde com controle social*.

A Quarta Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, que pode ser também chamado de foro estadual de debates sobre assuntos relativos à saúde da sociedade catarinense, aconteceu nos dias vinte e quatro e vinte e seis de Outubro de 2003. Trouxe como debate o Direito À Saúde; a Seguridade Sócia; o financiamento da Saúde; as Três Esferas de Governo e o SUS; Gestão Participativa; O trabalho na Saúde; Intersetorialidade; Organização da Atenção à Saúde; Ciência, Tecnologia e Saúde; Comunicação e Informação em Saúde.

Cabe destacar que, os governos Estaduais, acabam seguindo a mesma lógica do governo Federal, não chegando a utilizar 4% do orçamento com a saúde, sendo necessário a conta ser paga pelos municípios às custas dos cidadãos.

A partir do exposto acima, realizamos no próximo capítulo a análise do contraponto da abordagem dos membros efetivos do Grupo de Trabalho de Humanização, no que se refere à implementação do PNHAH, conforme os passos indicados para o desenvolvimento do mesmo.

3 - ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

3.1 Procedimentos da pesquisa

Para haver possibilidade de se iniciar a pesquisa em uma instituição hospitalar, foi necessário obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Serviço Público Federal, o qual se localiza na Universidade Federal de Santa Catarina. Para tanto foi mister desenvolver um projeto de pesquisa, encaminhá-lo e após avaliação poder iniciar a pesquisa. Diante de todos os critérios cumpridos conforme as regras da equipe avaliadora do comitê obteve-se o parecer final pela aprovação do mesmo e a autorização para iniciar a pesquisa (ANEXO B).

A metodologia adotada para esta pesquisa foi do tipo *exploratória*. Selltiz (1972, p. 60) afirma sobre isso:

“[...] estudos exploratórios tem como objetivo a formulação de um problema para a investigação mais exata ou para a criação de uma hipótese. No entanto, um estudo exploratório tem outras funções: aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do fenômeno que deseja investigar em estudo mais posterior mais estruturado, ou da situação em que pretende realizar tal estudo; o esclarecimento de conceitos; o estabelecimento de prioridades para futuras pesquisas; a obtenção de informação sobre possibilidade [...]”.

A técnica utilizada para a pesquisa foi entrevista, na qual há envolvimento do pesquisador. Segundo Gil (1987) a pesquisa pode ser definida como técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e formula a ele perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam a investigação. A entrevista é, portanto uma forma de

interação social. Mais especificamente, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A obtenção dos dados da pesquisa foi feita através de um questionário de perguntas fechadas (ANEXO C), o qual foi direcionado ao Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG/Florianópolis, composto por chefes de setores e líderes facilitadores, de categorias profissionais distintas, tal como: medicina; enfermagem; técnico de enfermagem; técnico administrativo; nutricionista; serviço social; pedagogia, além de ser composto por membros do voluntariado. No processo foi possível gravar as respostas do questionário formulado. Oficialmente, conforme a Ordem de Serviço designada pelo diretor do Hospital, Maurício L. Silva, o GTH é composto por 23 membros efetivos (ANEXO D). No entanto, na busca de informações sobre os prospectivos membros para assim dar início aos contatos. Detectaram-se alterações na relação do quadro do Grupo Trabalho de Humanização, dos 23 membros citados, três membros, não fazem mais parte, Ione Passos Vilela; Francisco de Paula Vilela; Vanessa Verzola. Ainda, no decorrer da pesquisa, devido a imprevistos, a Dra. Carla Barbosa Marchesini, bem como a Enfermeira Eleonora Cristina Luz Stocco, apesar de se disponibilizarem para contribuir com a pesquisa, não conseguiram se utilizar dessas entrevistas, em função de problemas técnicos. Além disso, a entrevista com a Dra. Denise Bousfield da Silva, não foi realizada devido à incompatibilidade de horários, e com Maria Celina de Almeida por decisão pessoal da entrevistada.

As questões abordadas no questionário tiveram como referência os passos do PNHAH, portanto, seguiram duas vertentes: a humanização do atendimento aos pacientes e as condições de trabalho dos funcionários dos hospitais.

Essas foram realizadas no período de 24 de março de 2004 a 24 de maio de 2004, dentro das instalações do próprio HIJG, sendo feitas as transcrições de todas as informações gravadas no momento do encontro.

Para análise do Programa, sob o ponto de vista empírico, procurou-se confrontar a proposta do PNHAH com as informações da realidade sobre como ocorreu sua implementação no HIJG, os procedimentos adotados para a coleta de dados foram as referências bibliográficas e estudo de caso.

O estudo de caso pode ser definido como:

[...] um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a realidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja uma unidade, uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação (YOINJ, 1966).

Entende-se que o estudo de caso é o mais recomendável para as pesquisas exploratórias, tendo flexibilidade, diante de uma investigação, sobre um tema complexo, bem como para a construção de hipóteses e/ ou reformulação do problema.

3.2 O Hospital Infantil Joana de Gusmão

No período entre 1939 a 1962, segundo consta, no site do Hospital Infantil (2004), de outros estados chegaram médicos cujo objetivo comum era fundar a Pediatria Catarinense. Com esse intuito, anos depois, fundaram em Florianópolis o Hospital Infantil.

O Hospital Infantil, segundo Comarella apud Pereira (2002), quando instituído pela primeira vez, em 1964, era chamado de Hospital Infantil Edith Gama Ramos, no qual sua instalação era a mesma da ainda existente, Maternidade Carmela Dutra. Com o passar dos anos a demanda cresceu, tanto do hospital Infantil quanto o da Maternidade, tornando-se assim inviável o atendimento de ambos na mesma instalação. Diante desse fato, um novo espaço físico para a construção desse novo Hospital, fazia-se necessário. O Governo Estadual, através da Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com a Fundação Hospitalar Catarinense e

o Departamento Autônomo de Edificações, mobilizaram-se para tal obra. Conforme informações do site do Hospital Infantil (2004), o início da obra se deu a partir de abril de 1977.

Ainda segundo o site do Hospital infantil (2004), em 13 de março de 1979, foi inaugurado o Hospital Infantil. Porém agora como Hospital Infantil Joana de Gusmão, substituindo, portanto, o Hospital Edith Gama Ramos. Vale lembrar, que o ano da inauguração também foi considerado o Ano Internacional da Criança. O motivo pelo qual o hospital recebeu esse nome se deu por uma homenagem a uma beata, chamada Joana de Gusmão. Nascida em Santos, São Paulo, em 1688, a beata viveu muitos anos em Santa Catarina, precisamente em Florianópolis, nas proximidades da Lagoa da Conceição. Dedicou sua vida a construção de capelas e para atender crianças. O Hospital localiza-se na rua Rui Barbosa, nº 152, no bairro, Agrônômica, em Florianópolis. Sua área em metros quadrados é de 22.000 m e é dividido em unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Queimados, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Geral e UTI Neonatal.

Instituição de caráter público, vinculada a Secretaria Estadual de Saúde (SES). O HIJG atualmente é considerado um pólo de referência Estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade. Sua abrangência é de atendimento estadual, sendo 68,3% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios do Estado de Santa Catarina. Compete ao hospital atender, as seguintes especialidades, a seguir no quadro 1 a seguir:

Especialidades Atendidas	
Alergologia/Imunologia	Neurocirurgia
Anestesiologista	Neurologia
Cardiologia/Cirurgia Vascular	Nutrologia
Cirurgia Pediátrica	Odontologia/Bucomaxilofacear
Cirurgia Plástica	Oftalmologia
Dermatologia	Oncologia
Dietoterapia	Ortopedia
Endocrinologia	Otorrinolaringologia
Fonoaudiologia	Patologia
Fisioterapia	Pedagogia
Gastroenterologia	Pediatria Geral
Genética	Pneumologia
Hebeatría	Psicologia
Hematologia	Reumatologia
Infectologia	Terapia Intensiva
Nefrologia	Urologia
Neonatologia	

Quadro 1 Especialidade atendidas pelo IIIJG

Fonte: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/Espccialidades.htm>

Sendo que se caracteriza como serviço interno, as seguintes especialidades, apresentadas a seguir no quadro 2:

Serviços Internos	
Almoxarifado	Ambulatório
Ambulatório Hospital Dia	Centro de Material
Celesc	Comunicação e Transporte
Centro Cirúrgico	Enfermagem
Controle de Infecção Hospitalar	Gerência de Risco
Farmácia	Higienização / Limpeza
Grupo de Humanização	Lavanderia/ Rouparia/ Costura
Informática	Marcação de Consultas
Manutenção de Reparos	Núcleo de Informações Gerenciais
Marketing	Patrimônio/ Órteses e Prótese
Nutrição e Dietética	Portaria
Pedagogia	Recepção Emergência Externa
Recursos Humanos	Registro Geral (internação)
SAME	Serviço Social
Serviço de Diagnóstico e Imagem	Unidades de Internação
Imagem	
Setor Contas	

Quadro 2 - Serviços Internos

Fonte: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/ServicosInternos.htm>

No Hospital Infantil Joana de Gusmão, segundo no seu próprio site (2004), realiza anualmente 3.000 internações, 50.000 atendimentos ambulatoriais, 80.000 atendimentos emergenciais, sendo que hoje disponibiliza 146 leitos ativos. Possui dentro de seu quadro de recursos humanos, 805 funcionários. A direção atual, que tomou posse no ano de 2003, é composta por 5 profissionais: Dr. Maurício Laerte Silva, Diretor Geral; Dra. Denise

Bousfield da Silva, Gerência Técnica; Cidemar José Ratochinski, Gerência de Administração; Lélia Mesquita Santana, Gerência de Enfermagem; Dra. Carla B. Marchesini, Assessoria para Assuntos Comunitários e Preventivos. A mesma direção tem como objetivo, fazer com que o HIJG, permaneça como centro de excelência e de referência para o Estado de Santa Catarina. Para tanto, presa por atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como é incentivador a pesquisa clínica, juntamente com a capacitação e formação dos recursos humanos, e seus princípios são embasados na ética e a humanização.

3.3 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar: Avanços e Desafios

No que se refere à humanização hospitalar, segundo informações do site do Hospital Infantil Joana de Gusmão (2004), esta já vinha discutindo esta questão antes de ter havido essa iniciativa por parte do Ministério da Saúde. Pelo que consta a discussão sobre o tema humanização, dentro do Hospital, já acontece desde o ano de 1975.

Segundo Dra. Leonice T. Tobias³, por volta de 1980, teve início um movimento referente à questão da Humanização no atendimento hospitalar, especificamente, dentro da Unidade de Tratamento Intensivo, do Hospital Infantil. Conforme esclarece Marcos May Felipe⁴, no início dos anos 80, através do trabalho desenvolvido pela Dra. Leonice, o Hospital Infantil se tornou pioneiro, pois é o primeiro no Estado de Santa Catarina a proporcionar o acompanhamento diário dos pais junto às crianças, internadas nas UTIs. Dessa forma houve a

³Funcionária do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Membro efetivo facilitador do Grupo Trabalho de Humanização (GTH). Informações repassadas informalmente, no dia 12/08/2003, ocasião na qual informou os critérios necessário para obter autorização para pesquisa do Centro de Estudos Miguel Salles Cavalcanti – Hospital Infantil.

⁴ Funcionário afastado por motivo de saúde. Ex-funcionário do quadro de médicos do HIJG. Entrevista feita dia 29/03/2004, 11:00 horas.

sensibilização das direções subseqüentes, para a importância da humanização da Assistência Hospitalar.

Em breve comentário, Dra. Leonice fez referência à continuidade da discussão sobre humanização, que permeia as unidades de atendimento do Hospital, desde anos atrás. Em 1990, o trabalho se ampliou, ou seja, a abertura, até então, feita necessariamente nas UTIs, passou a abranger as Unidades de Atendimento. Em 1995, o trabalho de humanização se expandiu, no sentido de gerenciar as questões comunitárias e preventivas. Em 2000, surgiu o **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, sendo que em abril de 2002, o Hospital Infantil foi convidado a participar de um curso de facilitador nas técnicas do programa PNHAH, pelo Ministério da Saúde. Em junho de 2002, implantaram o Programa com a metodologia PNHAH no HIJG. Sendo que, em 2003, foi criado o Serviço de Humanização do Hospital Infantil, no qual o PNHAH tornou-se um dos *braços* na construção desse serviço. Três grandes metas foram desenvolvidas. São elas: Programa 1. Pais e Acompanhantes; 2. Núcleo de Apoio aos Funcionários; 3. Grupo de Humanização do Ministério da Saúde – PNHAH – com reuniões semanais. Para o alcance do cumprimento das metas indicadas, também se contavam com os trabalhos desenvolvidos em parcerias, Voluntariado, Pedagogia e Psicologia. São realizadas semanalmente reuniões de rotina pelo GTH e pelos programas e ações desenvolvidas pelo Serviço de Humanização hospitalar, sendo que as reuniões temáticas e administrativas são realizadas todos os meses. O hospital dispõe, no que se refere à Recursos Humanos, como membros participantes de um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicólogo, um escriturário, quatro bolsista, equipe interprofissional de assistência e Associação dos Voluntários da Saúde. Quanto a Recursos Materiais, é disponibilizado uma sala ampla, telefone, computador com acesso à internet, impressora, “scanner” e mobília de escritório, bem como um condicionador de ar.

Cabe destacar ainda que, segundo informações do site HIJG (2004), na gestão de 1999 a 2002, ressalta-se como avanço o cumprimento do quarto passo, o qual significa a elaboração e implantação de Plano Operacional de Ação de Humanização e nele foi elaborado e aprovado o Estatuto Social (ANEXO E) . Foi ainda implantada a Portaria de homologação a existência do GTH. Assim como, também apresenta as ações desenvolvidas na gestão 2003 a 2006, que foi a sensibilização para a nova Direção, repassando as metas de já cumpridas, chamado quarto passo; Diagnóstico Situacional, retomando o terceiro passo; Diagnóstico Situacional dos Clientes e Acompanhantes, realizado pelo Serviço de Psicologia; Reformulação do estatuto Social e da Portaria de Homologação do GTH com a criação e eleição de cargos de coordenação e Conselho Fiscal; Criação do Serviço de Humanização diretamente ligado à Direção do HIJG; Sensibilização de chefias de todo o Hospital através de Oficinas de trabalho; Elaboração de um trem onde a locomotiva representa a Direção do HIJG, os vagões os setores, firmando um compromisso de um trabalho Humanizado e por fim; a Página da Humanização do HIJG, elaborada pela equipe de Informática que também faz parte do GTH.

3.3.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão

A partir das 16 entrevistas realizadas com os membros efetivos do Grupo de Trabalho de Humanização, buscou-se analisar da implementação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar. Dessa forma, procurou-se também recuperar as razões que justificaram a elaboração do Programa e como foi o processo de implementação do PNHAH no HIJG a partir dos passos estabelecidos pelo mesmo buscou-se elencar elementos

que subsidiassem uma avaliação do PNHAH, tendo em vista apontar as dificuldades e as facilidades, avanços e desafios observados.

Objetivando a primeira questão, buscou-se levantar opiniões dos entrevistados sobre o PNHAH, enquanto um programa específico de humanização nos hospitais, proposto pelo Ministério da Saúde.

Considerando que já eram desenvolvidas ações de humanização no hospital, 15 dos entrevistados apontaram como positiva a criação do Programa de Humanização do Ministério da Saúde. Apresentam, então, motivos distintos para tal apontamento. Dois entrevistados concluíram que o mesmo possibilitou a sistematização das ações, que já eram e ainda serão desenvolvidas. Isso se pode observar através das falas:

O Programa de Humanização do Ministério da Saúde veio contribuir para os hospitais que já trabalhavam com humanização no sentido de sistematizar as ações, porque até então todas as ações feitas pelos hospitais eram muito separadas, muito aleatórias, então ninguém sabia o que um estava fazendo ou o que outro estava fazendo, não porque não havia ajuda, mas porque ninguém sabia o que estava sendo feito. Com o PNHAH conseguimos sistematizar essas ações, colocar até em forma de projetos, muitas vezes e até conseguir recursos financeiros, matérias e recursos humanos pra conseguir tocar os projetos (E3);

[...] O PNHAH foi um desafio novo, por ter apresentado uma nova proposta, deixava de trabalhar com ações, passava mais a trabalhar com programas com objetivos, com metas, com avaliações. Então eu acho que isso veio acrescentar, sistematizou o atendimento da humanização, criou uma estrutura de humanização (E9).

Diante das falas, percebe-se que os entrevistados apontam a sistematização, como um avanço, responsável pela conquista de alguns benefícios para a instituição, tais como recursos financeiros, materiais e recursos humanos para o desenvolvimento de projetos.

Outro entrevistado, membro do Grupo de Trabalho do HIJG, observa que o Programa traz uma filosofia a qual discute e alerta sobre o inter-relacionamento humano, como se vê em sua fala:

O novo programa de humanização é um alerta para 5600 hospitais. São 5600 hospitais que foram colocados numa filosofia. Para começar, é um alerta sobre o inter-relacionamento humano, isso é o que eu notei, que a filosofia está muito bem estruturada, porque eu vi o programa de humanização, esse PNHAH, que é do Ministério. Realmente ele vai mexer na estrutura principalmente num hospital como é o Hospital Infantil, que já tinha um programa anterior de humanização, mexeu muito mais, ativou ainda mais o serviço, porque passou a ser feito com um grupo maior e com alerta maior (E11).

Tal colocação permite entender que o Programa é responsável pelo despertar dos funcionários, sobre a reflexão do inter-relacionamento humano. Apontando como possibilidade uma maior amplitude na divulgação, aumentando o número de aderentes a reflexão o seu próprio conceito sobre relacionamento humano, bem como o seu agir.

Nesse mesmo sentido, há falas as quais indicam que, após a implementação do Programa, está havendo integração entre os funcionários, em nível de graduação superior. Integração essa que tenta promover trabalhos multidisciplinares, conforme indica a fala: “Há integração de níveis, níveis superiores com níveis médios, contudo ter representantes de cada setor, então aí é integração. Assim, a integração das festas dos funcionários, a parte de ouvir os funcionários” (E1).

E ainda:

Quando comecei a me inserir mais nesses trabalhos multidisciplinares de humanização no caso de entrar como participante do PNHAH, e realmente não consigo acreditar que um profissional individualmente consiga produzir alguma coisa que beneficie todo mundo dentro de um hospital, teria que ser de uma forma abrangente. Desde que eu comecei a atuar com humanização, que foi quando a Dra. Leonice começou com esse trabalho no hospital, porque um psicólogo sozinho não tem poder pra isso, eu sempre acreditei que isso teria futuro, e que um dia a gente passaria a ser uma gerência, porque não existe outra saída. Não foi somente nós que nos esforçamos, foi um conjunto de situações. Criou-se a coordenação do hospital, mas hoje ela é um ministério aqui dentro, porque a humanização é necessária. Acho que tudo o que a nós fizemos acreditando que ia dar nisso, porque não existe uma outra resposta, trabalho individual dentro do hospital só gera brigas e conflitos, resolve hoje, amanhã tá estar tudo igual novamente (E7).

Merece atenção a resposta acima, pois aborda um outro aspecto, a importância do trabalho multidisciplinar dentro de uma instituição, tendo como ponto relevante, o diferencial que traz um trabalho disciplinar feito em conjunto, frente a um trabalho segmentado e individual. Essa mesma abordagem afirma que o trabalho multidisciplinar faz com que fortaleça o processo de humanização.

De acordo com afirmação do entrevistado que o Programa aparece como supridor de necessidades, tanto dos usuários quanto dos funcionários, como se observa: “O Programa vem a atender as necessidades tanto dos funcionários como dos pacientes dentro do nosso hospital” (E13).

Nesse sentido, subentende-se que o PNHAH vem atender essas necessidades apontadas pelo entrevistado, através da melhoria do contato humano entre profissional de saúde, usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, como vimos no Manual do Programa. Ele leva-nos a refletir de que forma os funcionários e usuários, sentem sua necessidades atendidas, diante da precarização de suas condições de trabalho, bem como não ter enfatizado os aspectos estruturais, decorrentes da política de governo.

Em contrapartida, um dos entrevistados apontou a questão da humanização hospitalar como negativa, conforme se observa:

“[...] Pelo fato do hospital já fazer trabalhos de humanização não surpreendeu. Entendo que o PNHAH é muito técnico e fechado. Eu me sinto incoerente e redundante, eu sou resistente, mas acabo participando. Entendo que, somos ou não somos humanos, não deveria existir um grupo de humanização” (E6).

Cabe ressaltar que a questão da humanização como condição da existência humana e assim não deve ser necessário um Programa para garantir essa conduta que dever ser natural, inerente a condição humana. Tal questão remete-nos a elucidar o posicionamento do Conselho Federal do Serviço Social, frente ao tema da XI Conferência Nacional de Saúde

referendado pelo Conselho Pleno em 30/04/00, “Por que controle social, ao invés de humanização...?” Documento este que faz lembrar:

[..] o significado que o conceito humanismo adquire na sociedade brasileira, no que diz respeito ao enfrentamento da questão social pelo Estado através da implementação de políticas sociais públicas. Na gênese desse processo que remonta as décadas de 30 e 40, com Vargas, as políticas sociais do Estado, já se revestem de um duplo caráter: atendem minimamente às reivindicações dos trabalhadores e às necessidades de reposição da força de trabalho para o capital.[...];

[...] Essa reprodução sob o ponto de vista ideológico, é fundamental para que o governo inverta a questão da qualidade dos serviços sociais públicos: ao invés dela ser centralizada nas questões objetivas passa a ser desviada para o relacionamento entre usuário e técnicos sob ótica da humanização do atendimento (INFORMATIVO CFESS, 200, p.1).

Merece atenção o conceito que o entrevistado tem sobre humanização, pois essa definição questiona a necessidade de haver a existência, bem como o posicionamento do CFESS, quanto ao valor que adquire na sociedade e quais conseqüências, tratando-se de uma ideologia que tem como pano de fundo uma política de cunho neoliberal.

A segunda pergunta feita aos entrevistados, procurou identificar dos procedimentos adotados pelo Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão, para sensibilizar a direção do Hospital com relação à importância e aos benefícios de humanização dos serviços de saúde, bem como, à obtenção de apoio da direção para a implantação e à sustentação permanente das ações de humanização.

Em se focalizando a sensibilização, a maioria dos entrevistados, foram quase unânimes, ou seja, afirmaram que, não houve necessidade de se sensibilizar, bem pelo contrário, a própria direção faz parte do GTH e tomou a frente a várias ações, a fala seguir ilustra tal fato:

[...] A direção, olha a própria direção participa do grupo, diretor, diretoras, então é o conjunto. Assim, não é que nós temos que sensibilizar as pessoas, participando do processo, eles já estão sensibilizados, porque eles sabem de tudo que esta acontecendo dos projetos do grupo tudo. Para mim não teve nada para sensibilizar aqueles que fazem parte [...] (E1);

No Hospital Infantil Joana de Gusmão a gente não teve problemas nesse passo para sensibilização dos gestores, pois o Hospital Infantil como trabalha com a humanização há mais de dez anos, já é uma atividade, um projeto, que já são desenvolvidos aqui, então todos os projetos ligados a humanização, sempre passou pela direção hospital. A própria direção do hospital além de adotar o sistema, o método PNHAH, ele criou um serviço de humanização aqui dentro, que na gestão passada até então não tinha, que além de apoiar todo o projeto, todo o programa do Ministério da Saúde, fez mais, essa gestão agora, ela criou dentro do Hospital Infantil, à nível de direção, o Serviço de Humanização (E3);

Fui eu mesmo que criei o serviço de humanização e assumi. Coloquei a pessoa que era responsável pelo grupo, como coordenador do serviço de humanização e estimulei. Procurei na realidade reavivar o grupo e estender as ações dentro do hospital, dentro das secretarias. Até eu mesmo me propus a participar de um evento que teve em Curitiba de humanização hospitalar com a experiência de um outro hospital. Acabou a secretaria, como ela também estava meio defasada com essa questão da saúde, reassumindo a coordenação e, acabou sendo tudo padronizado, então nós da comunidade não podíamos fazer uma coisa independente, avançar e lançar uma coisa que não fosse coordenada pela secretaria também pra gerência de humanização mesmo. Então assim, na verdade nós é que procuramos um grupo e integramos ele a um serviço e damos todo apoio, assim pra coisa expandir (E14).

Os entrevistados indicam como relevante o fato de além dar continuidade ao trabalho iniciado pela gestão passada, a atual diretoria fortaleceu o trabalho, com a criação do Serviço de Humanização do próprio do Hospital.

O procedimento adotado, porém por questões de formalidade foi o de se fazer cumprir as normas do próprio Programa, a apresentação do PNHAH à gestão atual, bem como, foi feita a entrevista. Como mostra a fala a seguir:

Dentro do PNHAH é o primeiro passo que era a sensibilização da direção, para os passos da humanização que iniciou na gestão passada e agente elaborou novamente uma estratégia para essa nova direção. Mas foi tranquilo porque a própria direção já fazia parte do grupo e já estava sensibilizada. Então não precisou de nenhuma estratégia especial, a não ser uma entrevista e a apresentação do Programa e o apoio tanto da gestão passada quanto dessa foi integral. Inclusive foi criado depois, não estava previsto o serviço de humanização com espaço físico, com lotação de funcionários para trabalhar neste Programa (E9).

Percebe-se que através das informações obtidas, não houve necessidade de desenvolver estratégias especiais, por parte dos membros GTH, conforme sugestão do

Ministério da Saúde, para atingir o passo da sensibilização da gestão hospitalar, indicados como condição para a implementação do PNHAH. Conforme consta no Programa.

A terceira pergunta teve como objetivo expor as atividades desenvolvidas e avaliar as relações interpessoais entre profissional e usuário e o próprio trabalho do profissional.

A maioria dos entrevistados (seis) informou que as oficinas e a ouvidoria são as atividades oferecidas, tanto em nível de chefias, quanto para funcionários e foram realizadas ano passado como um processo de avaliação. As oficinas foram denominadas como “O Trem da Humanização” (E3,E14). Esse trabalho oportunizou um momento para os funcionários expressarem suas relações consigo mesmos e com os usuários, também a ouvidoria, específica para funcionários e usuários, foi entendida como processo de avaliação. Cabe ressaltar que no HIJG existe uma discussão sobre a utilização de urnas, para complementar o trabalho da ouvidoria.

As oficinas acabaram gerando, o que nós denominamos “O trem da humanização”. Então pra teres um a idéia, cada serviço ele foi imbuído de fazer dentro de seus componentes as questões ligadas a humanização, ao conceito de humanização, a como ser humanizado no seu trabalho com seu companheiro de trabalho, ou com os usuários. Isso tudo foi levantado questões nas oficinas, então cada vagão deste trem era um serviço e a locomotiva era a direção que tá puxando esse grande trem da humanização como nós responsabilizarmos por estarmos levando a frente este projeto (E14);

Nos temos a ouvidoria, também, está para ser implantada as urnas. As urnas irão conter sugestões e reclamações dos funcionários. Quanto aos usuários está se estudando como que isso vai ser feito, porque às vezes o usuário pode precisar de uma resposta mais rápida, então aí teria a ouvidoria (E5);

Por conseguinte, cabe destacar que o procedimento de avaliação, nas falas abaixo, mesmo não partindo do GTH, deve ser considerado como um processo de avaliação importante para a implementação do PNHAH.

Ainda, duas pesquisas aplicadas pela Secretaria de Saúde em 2003, no qual ainda não tiveram retorno, foram mencionadas como avaliações: “[...] foram

realizados duas pesquisas pela Secretaria de Saúde no ano passado, que estamos esperando os resultados [...]” (E9);

Houve uma avaliação, mas partiu da Secretaria de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde entre os profissionais. Não lembro se foram as duas do Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual. No qual foram feitas duas pesquisas, uma para verificar o Clima do hospital em si e o outro por amostragem abordando o público, cliente externo [...] (E6).

Observa-se, também através das falas, que há divergências, no sentido de entender determinadas ações como sendo avaliação e dificuldades no próprio processo de avaliação: “[...] Houve oficinas, mas não as entendo como atividade de avaliação” (E6).

Ou ainda:

Acredito que nesta fase ainda não chegamos de maneira concreta, na avaliação de relações interpessoais [...]. Temos a ouvidoria e não conseguimos ainda chegar ao ponto de avaliar a ouvidoria junto aos funcionários, e aos usuários, só informalmente, só damos retorno verbalmente [...]” (E7).

Diante das falas, questiona-se se o grupo, possui ou não um consenso, sobre a existência de uma metodologia de avaliação interpessoal, formalizada pelo próprio grupo, conforme sugerida pelo PNHAH no terceiro passo⁵ a ser seguido, para a implantação.

A quarta questão permite aos entrevistados expor os procedimentos que no seu entender de possibilitar um diagnóstico de atuação hospitalar, no que se refere à humanização.

A maioria dos entrevistados, mais uma vez, considera as oficinas, bem como a ouvidoria, procedimentos que devem permanecer, para o bem desenrolar do trabalho do grupo de humanização. Observa-se isso nas falas: “É importante o mural, para que os usuários saibam e seja bem mais informados, urnas, a ouvidoria [...]” (E1); “[...] as oficinas com as chefias, e também as oficinas com os funcionários [...]” (E5).

Sendo que os demais entrevistados apresentaram apontamentos relevantes que merecem destaque, tais como: elaboração de oficinas em tempo periódico, bem como o desejo

de que seja uma elaboração setorizada; comunicação via mural; coleta de dados via urna de sugestões e reclamações; questionários com aplicação dissertativa, individual, avaliando satisfação pessoal quanto à profissão; avaliações origens externas; o instrumento pesquisa e por último, análise das oficinas já feitas, para desenvolver resolução. Como segue nas falas: “A ouvidoria, entrevistas de clima, avaliando o que já foi coletado, uma vez que temos materiais, e tendo em vista, que as pessoas estão cansadas de estarem sendo questionadas, e a presença de pessoas de fora, para tentar acabar com as resistências” (E6).

E ainda:

Temos que fazer pesquisas. Já foram feitas duas. Uma na gestão passada, com um diagnóstico da situação e agora realizamos duas pesquisas coordenadas pela secretaria. O núcleo de apoio aos funcionários também realizou um cadastro, uma pesquisa apontando o perfil e o diagnóstico da situação para depois podermos elaborar os programas (E9).

Cabe destacar, também, umas das falas, por se entender como pertinente uma reflexão mais específica sobre o diagnóstico da atuação hospitalar em termos de serviço humanizado, como se tem aqui:

O que acredito é que temos aqui técnicas muito boas. Não temos a melhor, sem dúvida, até porque em outros hospitais tem técnicas melhores. Mas digo que não adianta o hospital usar a melhor técnica, se não sabe o que está usando, porque está usando e como usa. Eu acho que técnica se aprende em qualquer local, olhando um manual se aprende uma técnica, agora como utilizar essa técnica, considerando que é com seres humanos que estamos lidando, isso só se faz com um trabalho que tem o nome de humanização, porque para abordar um ser humano, chegar no ser humano, não precisa de técnica, faculdade e conhecimento, isso é uma questão de humanização. Isso a gente tem ou não tem, porque humanização não é uma técnica que se aprende, existem pessoas que jamais vão poder participar disso, porque não tem na sua vivência, no seu crescimento, na sua cultura o aspecto da humanização, não reconhece sempre o outro como ser humano. Aí não adianta, não existe técnica para a humanização, é coração, afeto, carinho. Sem dúvida o conhecimento tem que ser muito maior, porque quando a gente se arrisca a fazer coisas que não são estritamente técnicas, a gente tem que saber também muito mais que o técnico, porque ninguém aqui foi um louco, desvairado, leigo para não saber o que estava fazendo, a gente só aplica de forma

⁵ MANUAL. **Manual do Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar.** Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/projetos/prog_pnhah.htm. Acesso: 01 de setembro de 2003.

diferente, mas eu acho que o conhecimento técnico tem que ser muito maior, só que não é necessário você ficar impondo isso para as pessoas. As pessoas podem se beneficiar muito mais, do que elas querem, elas querem carinho, querem aconchego, elas podem ter isso, enquanto nós fizemos nossa técnica (E7).

Pode-se observar diante da explanação acima que a humanização não é considerada uma técnica, no entanto reflete-se que para ser implementado um programa de humanização dentro do hospital existem regras a serem cumpridas a fim de se atingir um fim. A técnica, por definição, é um meio para atingir um fim.

Na questão cinco, prioritariamente levantar a forma como foi elaborado o Plano Operacional do GTH, no HIJG. Nesse contexto, há quem diga que ele está sendo construído. Porém há também os que afirmam não existir, e sobra para poucos a percepção de sua concreta existência. É o que se observa nas falas: “Na realidade não tem plano, cada reunião tem uma pauta, temos estatuto, mas plano mesmo desconheço” (E6).

Circundada por:

Acredito que não exista um plano ainda, nós estamos aprendendo a trabalhar, temos normalmente, que estar em dois ou três lugares ao mesmo tempo. Então é assim, temos o programa de orientação - pais e acompanhantes, temos o programa de ouvidoria, temos um grupo de treinamento. Então, existem situações separadas, mas isso não foi colocado ainda em um só plano, acredito que pela falta de pessoas, só para estar fazendo isto de uma maneira correta (E7);

O Plano Operacional foi elaborado e discutido com o grupo de humanização, depois junto com a direção e chegou até a Secretaria de Saúde no Plano Plurianual, (onde são colocados planos que vão até 2008, um ano após o término da gestão para que tenha continuidade), sendo que lá foram colocados os principais anseios do grupo, do corpo funcional e da clientela interna e externa, que em resumo são os recursos humanos, que são sempre deficitários; solicitação de verbas para que a gente possa realizar as ações de humanização, e para que possa apoiar a clientela pais e acompanhantes, como também os funcionários. Também foi solicitado um programa de educação permanente, que acreditamos que só assim vamos poder evoluir e poder ter um hospital humanizado. Então, ele está dentro de um planejamento estratégico tanto do hospital, quanto o da Secretaria, então foi elaborado de maneira democrática, com participação nas oficinas que mobilizam, além das reuniões do nosso grupo as quartas feiras (E9);

Portanto observa-se nas falas que não há um consenso sobre como foi elaborado o Plano Operacional de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sendo apontado, inclusive, a não-elaboração do mesmo. Assim cabe o questionamento quanto à forma com que as informações relativas à operacionalização do Programa têm sido discutidas entre os participantes do Grupo de Trabalho.

A sexta questão procurou trazer à baila facilidades e dificuldades para a implementação do Plano Operacional do PNHAH no HIJG.

No que refere às facilidades, por parte da maioria dos entrevistados, considera-se que o apoio que estão tendo, por parte da direção, é fator imprescindível para o processo de implantação que o GTH vem desenvolvendo. Destacando-se as seguintes falas: “As facilidades que vejo, são o apoio da diretoria, da direção do hospital, a boa vontade dos funcionários, e principalmente o engajamento de pessoas específicas a frente do grupo”(E5). Ainda corroborada por: “A grande facilidade é o apoio que se tem com o grupo por parte da diretoria” (E6). Ou “Facilidades, eu acredito que é a disponibilidade da direção da maioria das chefias do hospital, da gente ter conseguido um ambiente físico[...]” (E7).

Outros membros acrescentaram como ponto favorável à integração do Grupo de Trabalho de Humanização o entendimento que o usuário tem sobre o sucateamento que o serviço público sofre, quando tem um atendimento humanizado; o desejo por mudanças, por parte dos funcionários, bem como, a sua percepção pela própria Secretaria Estadual de Saúde; o voluntariado; um grupo de trabalho já existente de humanização dentro do hospital, antes mesmo do início da implementação do PNHAH. Além da união, transparência e crescimento dos membros que compõe o atual grupo.

No que se refere às dificuldades para a implementação do Plano Operacional do PNHAH, os entrevistados destacaram: contratempos de horários entre os membros do GTH; resistência por parte de muitos funcionários por falta de entendimento e disponibilidade, ou

por autorização de chefias setoriais; comunicação truncada, resistência por parte de profissionais ao trabalho interdisciplinar; grande número de funcionários; sobrecarga de trabalho dentro do expediente e fora dele; certa morosidade em relação a totalidade do serviço público; individualismo, tanto em âmbito pessoal, quanto profissional; falta de recursos humanos, dedicados ,especificamente, ao trabalho de humanização; a falta de motivação e sensibilização, agravadas por vaidades, dos membros do GTH; muita teorização e pouca prática; dificuldade na auto-avaliação interpessoal; diferenças culturais; e , por fim, falta de recurso material e financeiro, que se interligam.

Vale destacar algumas das falas dos entrevistados as quais sinalizam para essas dificuldades: “Grande individualismo que existe ainda, tanto nas pessoas, quanto em serviços, acredito que ainda temos serviços que não se dispõem a trabalhar em conjunto, em uma forma interdisciplinar, fica só, *no meu trabalho, ou meu programa*” (E7);

Percebe-se, então, os problemas quanto à integração pessoal, enfatizando o individualismo profissional, negando o positividade do trabalho multiprofissional,:

[...] apesar de termos painéis eletrônicos, murais de aviso, apesar de ter tudo isso, tem um funcionário ou outro que ainda não recebe a informação. Então, nesses aspectos observamos que não se consegue chegar com todas as informações, para todos os funcionários, apesar de muitas vezes encaminharmos para as chefias e as chefias passam para os funcionários, até os do período noturno, então observo que a parte da comunicação a vezes fica truncada [...] Se um ou outro funcionário não recebe a informação, não nós sentimos culpados, porque realmente fazemos o máximo. Nas oficinas, muitos não participaram, por que não participaram? Fizemos esta avaliação, será porque não chegou a informação até eles ou porque não houve disponibilidades deles participarem ou não foram liberados pelas chefias? (E3).

[...] as dificuldades estão em termos do pouco tempo no setor onde trabalhamos, é um local onde consome muito o nosso tempo. Gostaríamos de fazer mais coisas, mas às vezes não se consegue unir horários para completar algum trabalho, para executar algum trabalho. Tem pessoas no grupo que fazem cursos, enfim, fazem mestrado, também dificulta bastante, acho que a maior dificuldade do grupo, é o nosso horário, [...] fica difícil conciliar o horário de todos, para mim é a maior dificuldade (E1).

As dificuldades são, podemos dizer, o número de funcionários muito grande, também uma carga de trabalho muito grande, trabalha além, as vezes até das suas possibilidades, os funcionários estão sempre cansado e soma-se a isso até seus problemas pessoais. Uma outra dificuldade que vejo é uma certa morosidade em relação ao serviço público, porque eu já trabalho há 12 anos numa empresa particular, então lá as coisas são para ontem, e aqui as coisas se arrastam, então existe uma morosidade no serviço publico não é só no hospital, mas em tudo (E5).

De forma geral, no que se refere às dificuldades, predominam apontamentos nas dificuldades sobre trabalhar com um grande número de funcionários, quanto aos ruídos de comunicação e outros. A péssima condição em que vive o funcionário das instituições públicas hospitalares, em relação a questões econômicas, levando-o a uma sobrecarga de trabalho.

A sétima questão procurou levantar a metodologia utilizada para avaliar o desempenho do GTH. Cinco dos entrevistados não acharam prudente responder a questão, por não ter clareza ou desconhecer tal metodologia. Oito dos entrevistados estabelecem-no como um processo que está em andamento, o qual se avalia através das próprias reuniões semanais, momento esse, onde o grupo se auto-avalia. Três apontam ainda, as pesquisas da Secretaria, bem como Trabalhos de Conclusão de Curso, como um dos processos de avaliação de desempenho do GTH.

As falas a seguir expressam as opiniões dos entrevistados: “Ano passado, no final do ano, fizemos uma auto-avaliação deste grupo, dos trabalhos feitos do grupo em si, dos participantes, da equipe, do retorno que estamos tendo, então fizemos uma reunião no grupo para uma auto-avaliação, a reunião é feita pra isso” (E16);

A metodologia, por enquanto, é a reunião, sendo que teríamos que partir para a uma pesquisa.. A Secretaria tem esses dois instrumentos que ela aplicou e que vai nos dar um retorno, provavelmente depois disso é o objetivo que esse instrumento fique anual, pra podermos ter um referencial, e tem como cumprimento de planejamento estratégico, onde estabeleceu as metas (E9);

Essa posição é apoiada por:

“[...] mas diretamente ao grupo de humanização que eu me lembro no momento não houve nenhuma, e penso que quando existirem as urnas é que nós vamos ter uma resposta [...]” (E5). Ou ainda: “não tem metodologia nenhuma, que eu saiba”(E8).

Tais colocações levam a questionar que alguns membros não estão entendendo as reuniões e as pesquisas como um processo de avaliação, não havendo dessa forma um consenso de grupo.

A oitava e última questão solicitou aos entrevistados uma avaliação dos resultados da implantação do processo de humanização e teve como objetivo identificar os avanços e desafios existentes segundo os membros do GTH do PNHAH do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

A partir das respostas, constatou-se que de forma geral não existe um consenso sobre os resultados. Cinco entrevistados apontam como inviável a avaliação à respeito de resultados da implantação do processo de humanização do PNHAH, por entenderem que falta muito trabalho a ser realizado. Observa-se isso em : “É difícil avaliar algo que ainda não se vê, como concreto e efetivo, talvez pelo próprio olhar do grupo [...]” (E6). Também em: “Ainda não se tem avaliação, pois falta muita coisa pra se fazer” (E4).

Bem como na afirmação a seguir:

“Na minha avaliação pessoal hoje eu considero, não que está, como eu gostaria que estivesse, nós temos muito que trabalhar ainda. Eu tenho esperança que a gente atinja um nível aceitável que até então, falta muito para gente estar. [...]” (E13).

Nesse contexto, considera-se que a falta de outras informações fornecidas pelos entrevistados inviabilizou a identificação dos desafios existentes. Embora teoricamente tenha-se alcançado o quarto passo de implementação presente no documento que apresenta o

PNHAH, não ficou explícita a existência de resultados para os entrevistados anteriormente citados.

É próprio dizer que outros entrevistados e membros do Grupo de Trabalho consideram que realmente ainda há muito o que fazer, porém ressaltaram como positivas as ações que estão sendo desenvolvidas que permitem os funcionários serem ouvidos e poderem trocar idéias, como tem-se:

Falta muita coisa mesmo, quanto ao objetivo alcançamos muito pouco, e até pelo pouco tempo de grupo, mas acho uma coisa boa, essa questão da integração [...]. A questão da gente ter pessoas para nos ouvir [...] Investir no funcionário, para ele ter suporte para ajudar o acompanhante, esse é o maior objetivo do grupo, é dar suporte para ambos, porque se o funcionário não tiver suporte ele não pode dar apoio para ninguém. Não estou nem falando da questão financeira, estou falando da questão psicológica. Estou me referindo ao lado emocional do paciente, porque a gente passa a viver o sofrimento de uma tal maneira que por trabalhar nessa área, as pessoas acham que não temos coração, que a gente se torna automática, e não é isso, temos que ter um perfil porque se não é difícil segurar (E1).

Outro entrevistado avaliou que: “Aos poucos vamos sentido as coisas melhorarem, pois dificuldades de mais de 20 anos, não se resolve da noite para o dia” (E12).

Cabe destacar a fala dos entrevistados que ilustra a relação com trabalho desenvolvido: “[...] não vou te responder uma coisa bem concreta. Mas na minha avaliação, estamos nos encaminhando para um excelente progresso [...] para o serviço de ouvidoria, estamos pensando numa urna para o pessoal que não tem tempo, pra deixar lá suas sugestões [...]” (E16).

Isso também permeia as seguintes declarações:

Estamos fazendo reuniões de fundamentação sobre assuntos que o pessoal traz, agora discutiu-se a morte, que é muito importante, porque a gente aprende a conhecer o outro. É necessário conhecer o outro para depois poder trabalhar com o nosso colega, com o usuário, com a mãe e com o pai e com própria criança. Se você não consegue trabalhar bem com o que está ao seu lado junto na equipe como levar isso em frente.[...] Ao meu ver a humanização é muito positiva, porque a gente viu que já fazia tudo isso aqui dentro, que já era bem positivo. E com o PNHAH, a coisa cresceu muito, o

fato de ter sido criado o serviço de humanização aqui dentro do hospital infantil, depois de tantos anos trabalhando com humanização é só um ganho para nós é um reconhecimento do serviço que a gente faz, a gente não trabalha em prol de querer reconhecer, da gente ganhar lucros e flores, nome, marketing não é pra isso. O nosso objetivo é esse: a criança, o adolescente, o usuário e muito também o funcionário que trabalha com a gente [...] (E3);

Acredito que a avaliação é sempre positiva, acho que é um programa que não tem como voltar para trás. É bom, e os funcionários vão acabar percebendo que isso é favorável para eles, vai economizar trabalho pra todo mundo. Os pais percebem que isso é uma coisa muito boa. Tanto que eu percebo que os pais acabam se envolvendo e tentando ajudar de uma forma muito mais efetiva. Observo a direção e muitos médicos, já muitos profissionais que esse é o futuro da medicina, não só a busca da técnica, mas como estas aplicando essa técnica, acho que é um processo irreversível. E se reverter, acho que não vai ter nem proposta, no caso de nós profissionais da área de humana permanecer dentro do hospital. Refazendo aquele atendimento que já era feito há 200 anos atrás (E7).

No tocante aos avanços apontados pelos entrevistados, ressaltaram a atuação da ouvidoria, podendo ser verificada em: “A questão de termos pessoas para nos ouvir, é uma coisa boa” (E1). Portanto, o *ouvir* é visto como um grande suporte aos funcionários. Há, contudo, por parte de dois membros, a constatação de que as ações que vêm sendo feitas apresentam deficiências, ou desafios que valem a pena serem destacados:

Seria uma ação de humanização em relação aos funcionários, encaminharia funcionários para médicos, para atendimentos. Algo que se poderia fazer pra propiciar para aquele funcionário que está, há trinta dias afastado por problemas de depressão, e um monte de coisa. Não temos essa pessoa que faça visitas. Os funcionários acabam se internando, esperam 15 dias em outro hospital, não tem uma pessoa que possa visitá-lo no hospital. Até falecimento de um ente querido de algum funcionário, não há alguém que possa dar atenção, nem mesmo uma coroa de flores é mandada, isso também acho muito importante. Falta uma pessoa que esteja disponibilizada e atenta, para tais questões. Então na verdade quando vem funcionário novo para o hospital ele vai, impreterivelmente ser encaminhado para assistência, que esta muito precária. Então, embora o atendimento funcionário seja importante, ele é deixado em segundo plano, em função da assistência ainda ser muito importante (E8).

O entrevistado se refere, tal como no caso da ouvidoria, que o suporte deva ser mais profundo. Isto é, ter um profissional capacitado a estar atendendo o funcionário, com tempo

disponível, quando necessário, nas questões referentes à sua individualidade, ao meio familiar e ao universo profissional em que o mesmo se encontra.

Dessa forma, concluíram-se as análises, priorizando o que se entende como relevante no que aporte aos avanços e desafios.

3.3.2 Serviço Social

Segundo a Organização Publicadora dos Serviços Sociais (2003), o trinômio higiene, educação e saúde que caracteriza o Serviço Social nas origens deixou marcas bastantes profundas em sua identidade e no modelo clássico do Serviço Social, haja vista o pensamento da pioneira e criadora do Serviço social Mary Richmond, ao dizer que a alma do processo é o *relacionamento*. Na história da profissão do Serviço Social no Brasil, higiene, educação e saúde são norteadores do Serviço Social aliado à área da saúde.

No segundo pós – guerra, com o novo modelo de saúde, o hospital passa a ser centro de referência da prática médica, o Assistente Social já era considerado um profissional indispensável na equipe. A importância do Serviço Social passa a ser imprescindível para a instituição e para os parentes, por se reconhecer que a área dos cuidados é crucial para os pacientes, seus familiares, para a própria equipe e para os administradores do hospital. O trabalho na área dos cuidados está relacionado diretamente com as políticas de conhecimento, ou seja, com um conjunto de áreas. Ele participa nas interações, cujas peculiaridades se revestem da sua ação interventiva no campo das relações sociais, as quais articulam dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, para o qual o Serviço Social tem uma contribuição importante nos processos de trabalhos interdisciplinares que tenham por referências os sujeitos sociais. Para tanto, faz-se mister que o Serviço Social

invista permanentemente na construção da interdisciplinariedade, a qual nada mais é que um processo de ações, decisões e relações socializadas com os membros da equipe. A interdisciplinariedade promove a igualdade na diferença, de unidade na diversidade e de partilhar responsabilidades. Na construção do trabalho interdisciplinar, o direito de cidadania é alicerce para a sua edificação. Faz parte da premissa do Serviço Social e é fundamental para o trabalhador coletivo da saúde a centralidade do humano, expressa no reconhecimento da saúde como um direito básico de cidadania.

Segundo Yamamoto, o papel do Serviço Social no processo de produção e reprodução nas relações sociais, não abrange apenas a dimensão econômica, mas a reprodução das relações sociais de indivíduos, grupos e classes sociais, que confrontam-se continuamente. Em síntese Yamamoto (1998, p.27) esclarece [...] o serviço social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social é uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social.

A partir disso, percebe-se o muito a contribuir que o Serviço Social tem em Programas similares ao PNHAH, pois a atribuição do Assistente Social, como profissional da saúde é intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos os quais reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviço nos níveis de proteção e / ou recuperação da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do objeto de estudo foi relevante, tendo em vista que as informações obtidas proporcionaram responder em que medida os objetivos do PNHAH vêm sendo alcançados e se ele contribuem para a saúde entendida como um direito.

O objetivo geral deste estudo foi *analisar a implementação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão*, apoiando-se, como referência, no Manual de Orientação do PNHAH, que o Ministério da Saúde disponibiliza, bem como nas informações obtidas pelos membros que compõem o GTH.

Com relação à justificativa para a criação do Programa, e à forma com que foi implementado, os entrevistados em sua maioria apontaram para a importância de tal programa, na medida em que trouxe uma maior humanização dos serviços de saúde.

A implementação do PNHAH proporcionou a sistematização e a organização das ações que já eram desenvolvidas, trazendo um alerta sobre o inter-relacionamento humano, a importância dos trabalhos interdisciplinares e mesmo para a necessidade de mudanças de atitudes por parte dos funcionários.

Os entrevistados pertencentes ao GTH, apontaram como avanços para a implementação do PNHAH junto ao HIJG: o fato de não haver necessidade de se sensibilizar a direção quanto à abordagem da Humanização, uma vez que a própria direção faz parte do GTH e tomou frente a várias ações, além de dar continuidade ao trabalho iniciado pela gestão passada em projetos como as oficinas oferecidas, tanto em nível de chefias e funcionários; a ouvidoria; a integração do GTH; o entendimento que o usuário tem sobre o sucateamento que o serviço público sofre, quando tem um atendimento humanizado; desejo por mudanças, por parte dos funcionários, bem como pela própria Secretaria Estadual de Saúde; o

voluntariado; a união, transparência e crescimento dos membros que compõe o atual grupo; ações que permitem os funcionários serem ouvidos e trocar experiências.

No que se refere às dificuldades encontradas no processo, os entrevistados indicaram: colaborações individuais e segmentadas dificultando o sentido de ação do grupo; contratempos de horários, entre os membros do GTH; resistência por parte de muitos funcionários por falta de entendimento sobre o significado de humanização; falta de disponibilidade, às vezes, pela não-autorização de chefias setoriais; comunicação truncada, resistência por parte de profissionais ao trabalho interdisciplinar; grande número de funcionários; sobrecarga de trabalho; certa morosidade em relação à totalidade do serviço público, tanto pessoal, quanto profissional; falta de recursos humanos, dedicado especificamente ao trabalho de humanização; muita teorização e pouca prática; dificuldade na auto-avaliação interpessoal; diferenças culturais; divergências, no sentido de entender determinadas ações como sendo avaliação; falta de recurso de âmbito financeiro; falta de uma metodologia estruturada; falta de consenso sobre o resultados de avaliação do PNHAH; e, ao final, a falta de motivação e sensibilização.

Quanto aos desafios ressaltados pelos entrevistados tem-se: padronização nos aspectos a serem desenvolvidos e abordagens coerentes com o consenso do GTH, apoiados no que foi estabelecido pelo Plano Operacional de Ação de Humanização; e informações concretas sobre o Plano Operacional.

Os entrevistados apresentam como sugestões a elaboração de oficinas setorizadas em tempo periódico, a comunicação via mural, a coleta de dados via urna de sugestões e reclamações, além de questionários com aplicação dissertativa individual, avaliando satisfação pessoal quanto à profissão, a aplicação de avaliações de ordem externa e a continuidade das oficinas com periodicidade.

Diante das ações já implementadas de humanização no HIJG, o PNHAH foi relevante na posição de complementar o que nesse momento existia, pois trouxe a legitimidade ao que já havia sido feito, frente ao Ministério da Saúde.

Aspecto relevante de nota é o fato de que, em nenhum momento, os funcionários citarem como um problema os aspectos estruturais decorrentes da política do Governo para a saúde. Assim como, não mencionarem as dificuldades do Hospital em decorrência do fato da saúde, enquanto direito e dever do Estado, não estar sendo garantida.

Nesse sentido, cabe a reflexão sobre o papel que o PNHAH tem assumido junto ao debate sobre as políticas públicas e especificamente as políticas de saúde, no sentido de combater o sucateamento do SUS, em face a política neoliberal de retirada do Estado na garantia dos direitos sociais. Assim, também se procurou demonstrar a ação que o Programa de Humanização Hospitalar deve apresentar nesse contexto, como sendo uma das formas de se pensar a assistência hospitalar e, portanto, não a única. Assim ele é um dos aspectos a serem considerados, mas nunca o único, afim de que não se tenha um visão fechada e pobre de benéficos para os participantes do processo, como cidadãos de direitos.

Sabe-se que há muito no que avançar quanto a essa questão, mesmo naquilo que se indica já ter sido cumprido ao se avaliar os passos do PNHAH. Porém acredita-se ter dado um passo importante diante da preocupação do bem estar dos indivíduos que convivam dentro de um hospital, sejam eles funcionários, pacientes ou acompanhantes.

Em virtude da questão levantada por um dos membros do GTH ao discutir a validade desse programa, faz-se fundamental ressaltar que ele aborda a humanização como condição da existência humana. Sua necessidade deve ser assim garantida por um programa o qual direcione a humanização como conduta natural, inerente à condição humana.

Considera-se, então, que seria importante um aprofundamento sobre o conceito de humanização, fazendo um contraponto ao controle social, na garantia da saúde como direito. Isso se sugerindo como campo para um trabalho futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Martins Fontes, São Paulo. 1998. p. 519.

ANJOS, E. dos. **A Humanização e a Qualidade no Atendimento Hospitalar na Ótica da Parceria: Uma Proposta à Unimed Florianópolis**. Florianópolis, 2002. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. **Constituição 1988**. Lex: legislação federal e marginária. São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez. 1995.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: MARE, 1996, 8p.

CAMARGO, R.S. **O Serviço Social, Unimed e seu Cliente: Caminhos e Resoluções dadas pelo Gestor unimed aos questionamentos apresentados pelos Cliente Hospitalizados**. Florianópolis, 2003. 70 p.

CASTAMANN, D. **Os Caminhos da alta Complexidade no Sistema Único de Saúde – SUS**. Florianópolis 2003. 111 p.

CHIRO, A & SCAFF, A. **Saúde e Cidadania: A Implantação do Sistema Único de Saúde**. 1996. 40p. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/downloads/Saude%20e%20Cidadania%20-%20Consaude.doc>. Acessado em 15 de setembro de 2004, 13:00h.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. X. Brasília/DF. **Relatório Final da 10.^a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília/DF. 101 p. set. 1996.

FONSECA, P.C. **O Serviço Social e a Humanização do Atendimento ao Cliente Hospitalizado: Uma Proposta para a Unimed Florianópolis**. Florianópolis, 2002. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina.

GIL, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1987.p.113-123.

GUIDO, A. **A interação/Transição enfermeiro/Cliente: Uma metodologia para Assistência ao Cliente Cirúrgico-Ambulatorial.** Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 147p.

HOSPITAL Infantil Joana de Gusmão. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/hijg. Acessado em 16 de setembro de 2004, 14:00h.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** 1998. p.27. Cortez.

INFORMATIVO CFESS. **Posicionamento do CFESS sobre o Tema da XI Conferência Nacional de Saúde.** 2000, 3p. Disponível em : <http://www.cresspe.org.br/xienc.htm>. Acessado em 07 de junho de 2004, 12:00h.

LEI Orgânica da Saúde. **Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: www.saude.com.br/doc/lei8142. Acessado em 18 de fevereiro de 2002, 17:00h.

LEI Orgânica da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm. Acessado em 09 de abril de 2000, 14:30h.

MANCE, Euclides André. **Globalização, subjetividade e totalitarismo.** 2001. Disponível em: www.milenio.com.br/mance/grt/04.htm. Acessado em 25 de Outubro de 2004, 16:30h.

MANUAL. **Manual do PNHAH.** 2000. p.17. Disponível em: http://www.humaniza.org.br/potal/re02_PNHAH.asp. Manual PNHAH.. Acessado em 01 de janeiro de 2003, 21:00h.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social em Hospital – Escola: Um Espaço Diferenciado de Ação Profissional.** In: **Serviço Social & Saúde.** Vol.1- 2002, pp 1-11. Unicamp.

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: O processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias do SUS.** São Paulo, 1995. Hucitec –Abrasco, 1995.p.19- 91.

MULLER, R.A. **Reflexão Crítica Acerca do sistema Único de Saúde-SUS na formação profissional: Ponto de Vista de Acadêmicos de Enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. 101p.

NETO, Eleutério Rodrigues. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL.

Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília: 1994.

NOB. **Síntese da NOB 1996 jul 1999** – Estado de Santa Catarina, Secretária da Saúde, Coordenadoria Estadual das Ações Regionais de Saúde, Gerencia de Municipalização e Auditoria de Desempenho. Jul. 1999. 10p.

NOGUEIRA, R.M.M. **O direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro:** Construindo uma Nova Agenda. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem . Florianópolis , out. 2002.

PAGANINI, M.C. **Humanização da Prática pelo Cuidado:** Um Marco de Referência para a Enfermagem em Unidades Críticas. Curitiba: UFPR, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistente de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.128p.

PEREIRA, G. **O Serviço Social da Subgerencia de apoio e Orientação ao Serviço do Hospital infantil Joana de Gusmão:** Uma proposta de Integração, 2002.

PORTAL Humaniza. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** – PNHAH. 2000. Disponível em: www.humaniza.org.br/portal/re02_PNHAH.asp. Acessado em 01 de Setembro de 2003, 18:30h.

QUADRO. **Especialidades atendidas pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão.** 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/Especialidades.htm>. Acessado em outubro de 2004, 15:00h.

QUADRO. **Serviços Internos.** 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/ServicosInternos.htm>. Acessado em outubro de 2004, 15:00h.

RONCALLI, Angelo Giuseppe, SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. A Saúde no Brasil: trajetória de uma política assistencial. In: **Odontologia Social: textos selecionados.** Rio Grande do Norte/Natal: Editora da UFRN, 1998.

SECRETARIA de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde Quadrienal.** 2002. COOPMED Editora Médica.

SELLTIZ. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais.** São Paulo: Editora Herder, da Universidade de São Paulo, 1972.

ANEXOS

ANEXO A – Principais Aspectos Condicionantes dos Problemas de Saúde do Estado de Santa Catarina, segundo o Plano de Saúde Estadual de Santa Catarina 2002

Principais aspectos condicionantes dos problemas de saúde do Estado de Santa Catarina, segundo o Plano de Saúde Estadual de Santa Catarina 2002

Aspectos Demográficos

1. A taxa de crescimento em Santa Catarina é maior do que a média brasileira e a do sul do país. Este crescimento é devido a processos migratórios, uma vez que a taxa de natalidade encontra-se estabilizada.

2. 8% da população é composta por idosos, o que leva a demanda por serviços de média a alta complexidade, consultas e medicamentos.

3. Há uma elevada concentração da população nas macrorregiões Nordeste e Grande Florianópolis, resultando em importantes centros de referências.

4. 76% municípios catarinenses possuem população menor que 15.000 habitantes, o que implica reforço em ações de atenção básica e organização da rede de referência.

Aspectos sócio-ambientais

5. A cobertura de saneamento básico no estado de Santa Catarina é extremamente baixa, sendo que a cobertura de água tratada é a menor no Sul do país e está abaixo da média nacional, principalmente no Extremo Oeste e no Planalto Norte.

A coleta de lixo está abaixo do esperado também nessas duas macrorregiões.

Aspectos da mortalidade

6. 77% da mortalidade em Santa Catarina está associada às doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e aparelho respiratório, nesta ordem. Em mulheres a quarta causa de morte diz respeito a doenças endócrinas e metabólicas e em homens, as do aparelho respiratório é a terceira causa de morte, invertendo a posição com as causas externas.

7. Dentre os 4 principais grupos de causas de morte, as doenças do aparelho circulatório contribuem com 1/3 do total, sendo que deste volume, 2/3 estão associados à Hipertensão Arterial.

8. Das mortes masculinas por neoplasias, 185 diz respeito a câncer de traquéia, brônquios e pulmões, associados ao tabagismo e dieta alimentar.

9. Das mortes femininas por neoplasias, ainda prevalece o câncer de mama e de colo de útero. As doenças endócrinas, especialmente o Diabetes mellitus contribuem com 60% das mortes das mulheres.

10. A desnutrição ainda causa mortes em menores de 5 anos, principalmente nas macrorregiões do Planalto Serrano, Grande Florianópolis e Sul.

11. As mortes por causas externas são derivadas principalmente de acidentes de transporte, sendo que do total resulta de atropelamentos.

12. As mortes relacionadas ao aparelho respiratório, especialmente as relacionadas a doenças crônicas (DBPOC, enfisema e pneumonias), acometem a população maior de 60 anos, principalmente no Planalto Serrano, Planalto Norte e Extremo Oeste.

Aspectos Mortalidade Infantil

13. 56% das mortes em menores de 1 ano em Santa Catarina dizem respeito às causas perinatais e 10% às causas mal definidas, o que indica dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

14. As causas perinatais estão em 8º lugar no total das causas de óbitos, podendo resultar da assistência ao pré-natal e parto.

15. Além das mal formações congênitas, outro grupo de causas de morte em menores de 1 anos é o de Doenças Infecciosas e Parasitárias, principalmente as doenças intestinais, septicemias, doenças meningocócicas e AIDS.

16. Com relação aos fatores de risco para o nascimento, a macrorregião do Planalto Norte apresenta 1,2 vezes mais risco de baixo peso ao nascer que a média do Estado.

17. As macrorregiões do Planalto Norte, Meio Oeste e Extremo Oeste apresentam piores desempenhos relativos aos fatores de risco para o nascimento.

18. As macrorregiões do Planalto Serrano, Planalto Norte e Meio Oeste apresentam as maiores taxas de baixo peso ao nascer, as do Extremo Oeste, Grande Florianópolis e Planalto Norte fazem menos que 4 consultas por gestantes; as do Extremo Oeste, Planalto Serrano e Meio Oeste possuem as maiores taxas de mães adolescentes; e as do Sul, Vale do Itajaí e Meio Oeste apresentam as maiores taxas de cesáreas.

Aspectos de Saúde da Mulher

19. O coeficiente de mortalidade materna é levado nas macrorregiões do Meio Oeste, Planalto Serrano e Sul.

20. As causas de morte das mulheres em idade fértil dizem respeito a causas externas, principalmente a acidentes de trânsito e outros acidentes, tais como homicídio e suicídio, indicando violência contra mulher.

21. As doenças cérebro-vasculares totalizam 15 % dos óbitos em mulheres na faixa de 15 a 49 anos, causadas principalmente por Infarto Agudo do Miocárdio, cuja causa básica é a Hipertensão Arterial.

22. A AIDS contribui com 7,1% do total de óbitos em mulheres e o câncer de mama e de colo de útero com 8,3%. Porém, deve-se destacar a causa relacionada ao diabetes mellitus.

Aspectos da Morbidade Hospitalar

23. Os partos representam mais de 20% do total de internações, seguidos das doenças do aparelho respiratório, que mostram tendência de declínio no período analisado e das internações por doenças do aparelho circulatório que, ao contrário, mostram tendência ascendente, apontando para a necessidade de implementação de serviços de controle de hipertensão na rede básica.

24. As Internações por doenças do aparelho digestivo, do aparelho genito-urinário, as infecciosas e parasitárias e as lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas, as neoplasias, os transtornos mentais e as doenças do sistema nervoso contemplam os 10 principais grupos de causas de internação hospitalar em Santa Catarina.

25. No grupo das doenças do aparelho respiratório, as pneumonias e a doença pulmonar obstrutiva crônica, são as principais causas de internação. A insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial lideram no grupo das doenças do aparelho circulatório e a hérnia inguinal, junto com as gastroenterites não infecciosas, as do aparelho digestivo.

26. As infecções intestinais são a principal causa de internação no grupo das infecciosas e parasitárias, o que demonstra necessidade de implementação dos programas de controle da doença diarreia e tratamento de reidratação oral.

Aspectos da Morbidade de Notificação Compulsória

27. A AIDS é o problema prioritário para Santa Catarina, tendo a taxa de incidência duas vezes maior do que a brasileira.

28. O tétano neonatal é alto na macrorregião do Extremo Oeste e na Regional de Joinville. O tétano acidental é prevalente em maiores de 60 anos.

29. A Hepatite B também merece atenção especial uma vez que são notificados mais de 1000 casos/ano. Um dos problemas diz respeito à faixa de vacinação restrita até aos 20 anos.

30. As Meningites alcança a taxa 58,8% do total do estado nas Regiões de Joinville, Blumenau e Florianópolis.

31. A Leptospirose possui alta incidência no litoral catarinense, sendo considerada endêmica nessa zona devido à ausência de tratamento de esgoto.

32. A notificação de Cisticercose em Santa Catarina é uma das maiores no Brasil, necessitando de fortalecimento do programa em nível estadual, assim como os acidentes por lonomia e leishmanioses, cujas incidências são as maiores do país.

33. A notificação de Tuberculose sofreu redução de 3% ao ano, porém é necessária a manutenção dos procedimentos de investigação e controle de casos. As Regionais de Itajaí, Florianópolis, Joinville e Criciúma apresentam taxas de incidência de tuberculose acima das demais regionais.

34. Uma das preocupações relacionadas com as doenças diarreicas agudas reside na hipótese de sub-notificação de casos, implicando reforçar o programa específico.

35. As doenças relacionadas ao trabalho aponta incidência de 12,7/10.000 segurados, expressivamente maior que a brasileira e a do sul do país. O índice de acidentes do trabalho totalizam 28,3/100.000 trabalhadores e representa um alerta aos setores envolvidos, uma vez que este índice é maior que a média dos acidentes de trabalho do Brasil.

Aspectos da Capacidade Instalada e Oferta de Serviços de Saúde

36. Alta concentração dos serviços de Alta Complexidade na região litorânea.

37. Baixa oferta dos serviços de Média Complexidade.

38. Existência de Hospitais com baixa resolutividade, que apesar de oferecer especialidade básicas possuem pouco ou nenhum recurso tecnológico.

39. Baixa cobertura em consultas médicas básicas em todas as macrorregiões, exceto na do Planalto Serrano que está dentro do esperado.

ANEXO B — Parecer de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Parecer Consubstanciado- Projeto N° 234/2003



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 234/2003

I - IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: "Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar: Avanços e Desafios para a Garantia de Direitos."

Pesquisador Responsável: Profª. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas.

Pesquisador Principal: Tânia Brüggemann

Instituição em que será realizado o estudo: Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Data de apresentação ao CEPESH: 05/11/2003

II - OBJETIVOS: **Geral:** Analisar a implementação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Específicos:** * Recuperar os objetivos justificados para a existência do Programa Nacional de Humanização de Assistência no Hospital Infantil Joana de Gusmão; * Descrever como foi o processo de implementação do PNHAH no HIJG a partir dos critérios estabelecidos pelo mesmo; * Identificar as dificuldades e as possibilidades para o alcance dos objetivos propostos pelo PNHAH; * Elencar elementos que subsidiem as ações dos membros participantes do Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG.

III - SUMÁRIO DO PROJETO

Trata-se de Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social da UFSC, da acadêmica Tânia Brüggemann.

Descrição e caracterização da amostra: Os sujeitos da pesquisa são os vinte chefes de setores e líderes facilitadores pertencentes ao Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG. **Adequação da metodologia e das condições:** Pesquisa de caráter exploratório, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista, contendo questões sobre a humanização do atendimento aos pacientes e as condições de trabalho dos funcionários dos hospitais (roteiro não anexado ao projeto). Para análise do programa sob ponto de vista empírico ou para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, o procedimento a ser adotado será as fontes documentais, bibliografias e o estudo de caso.

Comentários frente à Resolução 196/96 CNS e complementares: O projeto apresentado ao Comitê está bem estruturado e contém as informações essenciais para a sua análise, necessitando apenas de alguns ajustes ou esclarecimentos, abaixo relacionados.
Parecer do CEPESH:

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes da pendência)
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

Justificativa: * anexar o roteiro da entrevista (o questionário foi validado?); * Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: modelo enviado ao Comitê possui o nome do sujeito da pesquisa e cita que será realizado "um estudo de caso". Solicitamos esclarecimentos sobre quantos estudos de caso serão feitos e se os sujeitos já foram recrutados, uma vez que aparece o nome do sujeito no modelo do TCLE; * Folha de rosto: Preencher o item 10; - Título do projeto deveria ser também digitado como os demais campos preenchidos.
Florianópolis, 24 de novembro de 2003.

Vera Lúcia Bosco
Coordenadora

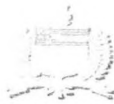
Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

PARECER FINAL: As informações solicitadas foram prestadas pelas Pesquisadoras Responsável e Principal, bem como os ajustes foram realizados. Assim, somos de parecer pela aprovação do mesmo.
Florianópolis, 16 de dezembro de 2003.

Vera Lúcia Bosco
Coordenadora

Prof^a. Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEPESH/UFSC

ANEXO C – Questionário Utilizado para Entrevista dos Membros Efetivos do GTH



Questionário

- 1) No Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), um conjunto de ações já eram desenvolvidas antes da criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Qual a sua opinião sobre um programa específico de humanização, como o PNHAH do Ministério da Saúde?
- 2) Quais os procedimentos adotados pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), para sensibilizar a direção do Hospital com relação:
- a) a importância e os benefícios de humanização dos serviços de saúde?
 - b) a obtenção de apoio da direção para a implantação e a sustentação permanente das ações de humanização?
- 3) Quais as atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do Hospital Infantil Joana de Gusmão visando a:
- a) avaliação das relações interpessoais, profissional – usuário.
 - b) avaliação das ações de humanização dos trabalhos dos profissionais.
- 4) Quais os procedimentos, que no seu entender, deverá ser adotado pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), para a realização de um diagnóstico de atuação hospitalar em termos dos serviços humanizados?
- 5) Como foi elaborado o Plano Operacional de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJH)?
- 6) Quais as facilidades e dificuldades que você identifica para a implementação do Plano Operacional de Ação de Humanização?
- 7) Qual metodologia que vem sendo utilizado para avaliar o desempenho do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), do qual você faz parte?
- 8) Qual a avaliação dos resultados da implantação do Processo de Humanização?

ANEXO D - Grupo de Trabalho de Humanização – Ordem de Serviço

GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Ordem de Serviço

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Ordem de Serviço 014/HIJG/2003

O Diretor Geral do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no uso de suas atribuições,
a fim de cumprir normativa do Regimento do Corpo Clínico,

Resolve:

Designar os servidores: Maurício Laerte Silva matrícula 242558-01-0, Carla Barbosa Marchesini matrícula 244748-01-7, Terezinha Oliveira matrícula 255468-01-2, Helena Elizabeth Menezes de Oliveira da Silva matrícula 264646-01-3, Celina Maria Pereira Libanio da Silva matrícula 243780-01-5, Ione Passos Vilela matrícula 264707-9-01, Lélia Mesquita Santana matrícula 241978-01-5, Vanessa Verzola, Francisco de Paula Grigoli de Barros Leite, Eleonora Cristina Luz Stocco matrícula 241958-01-0, Maria Celina de Almeida matrícula 282649-01-6, Clarice Raquel Mendes Sielski, matrícula 243111-01-4, Leonice Teresinha Tobias matrícula 2242274-01-3, Mário José Machado 241995-01-5, Denise Bousfield da Silva 245282-01-0, Enilda Venina Teixeira 241960-01-2, Karla de Fátima Patitucci matrícula 244445-01-3, Liliani Beatriz Ramos 294515-01-0, Maria Gertrudes da Luz Gomes, Marcos May Philippi, Joice Vieira Nascimento matrícula 294882-01-6, Carmem Lúcia da Cunha matrícula 244482-01-8, Teresinha Oliveira matrícula 255468-01-2 e Rosane Maria Ribeiro Rangel matrícula 242598-02-0, para constituírem o Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Florianópolis, 11 de junho de 2003

MAURÍCIO LAERTE SILVA
Diretor Geral

ANEXO E – Estatuto Social do GTII / IIIJG

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR -
PNHAH

Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão

ESTATUTO SOCIAL



Fundado em

Capítulo I – Denominação, Foro e Duração

Capítulo II – Do Quadro Social

Capítulo III – Do Grupo e sua Finalidade

Capítulo IV – Da Estrutura Administrativa do Grupo

Capítulo V – Do Conselho Fiscal

Capítulo VI – Da Coordenação Executiva

Capítulo VII – Das Disposições Gerais e Transitórias

CAPÍTULO I – DENOMINAÇÃO, FORO E DURAÇÃO

Artigo 1º - O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG – é um grupo de servidores (públicos e privados) e voluntários de caráter educacional, cultural, científico, criativo e de promover atendimento humanizado no serviço prestado aos clientes, sem fins lucrativos, criado em, com duração indeterminada, e reger-se-á pelo presente ESTATUTO, com aprovação em Assembléia Geral dos seus membros.

Parágrafo Primeiro – A Associação não remunera a sua Coordenação pelo exercício de suas funções, sob nenhuma forma ou pretexto.

Parágrafo Segundo – O Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG só poderá ser extinto pela decisão unânime de seus membros fundadores em pleno gozo de seus direitos. Na falta destes, pela Direção Administrativa do Hospital, representada pelo seu Diretor Geral.

Artigo 2º - O GTH do Hospital Infantil Joana de Gusmão tem como sede e foro a cidade de Florianópolis e está sediado na Rua Rui Barbosa, 152 – CEP 88025-301, Agrônômica, na sala de apoio da Direção do Hospital.

CAPÍTULO II – DO QUADRO SOCIAL

Artigo 3º - O quadro social do Grupo será composto pelas seguintes categorias de servidores e voluntários:

- a) Membros fundadores
- b) Membros efetivos
- c) Membros especiais
- d) Voluntários temporários
- e) Membro de apoio.

Parágrafo Primeiro - São fundadores do Grupo aqueles que participaram de qualquer sessão preparatória ou da Assembléia que aprovou o Estatuto.

Parágrafo Segundo - São membros efetivos do Grupo todos os funcionários do HIJG, independente do contrato de trabalho.

Parágrafo Terceiro - São membros especiais do Grupo os clientes, ex-clientes, responsáveis pelos clientes, Voluntários do Hospital Infantil (AVOS), comunidade em geral e acadêmicos universitários.

Parágrafo Quarto – São voluntários temporários aqueles que participam apenas colaborando uma vez ou outra com idéias e benfeitorias nas atividades realizadas pelo GTH.

Parágrafo Quinto - O membro de apoio é aquele membro que não faz parte do Grupo, mas que, quando solicitado, contribui para o desenvolvimento do Grupo sem necessitar estar presente fisicamente aos atos e promoções do Grupo.

Artigo 4º - Os membros do Grupo respondem solidariamente pelas suas obrigações de desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados com incentivo de humanizar o ambiente hospitalar.

Artigo 5º - A admissão de qualquer membro far-se-á por memorando do interessado encaminhado aos coordenadores cabendo ao Grupo a sua aprovação ou não (maioria simples) e posterior homologação em Assembléia Geral.

Artigo 6º - São deveres dos membros:

- a) Participar dos encontros semanais e/ou quando solicitado
- b) Atuar em todas as atividades de humanização organizadas pelo Grupo
- c) Formar multiplicadores nos serviços mais necessitados
- d) Zelar pelo atendimento humanizado já implantado
- e) Manter conduta ética e moral dentro do Grupo.

Artigo 7º - São deveres dos Coordenadores:

- a) Manter postura ética e moral
- b) Coordenar o GTH
- c) Acompanhar ativamente as atividades do Grupo com a sua presença constante
- d) Fazer intercâmbio com as outras instituições participantes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- e) Convocar reuniões com os membros do Grupo
- f) Fornecer as informações referentes à humanização hospitalar do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde para o Grupo.

Artigo 8º - São direitos dos membros e coordenadores:

- a) Usar a logomarca do Grupo

- b) Falar, propor, discutir, participar e colaborar em reuniões de Assembléia Geral
- c) Propor, por escrito, à consideração da Coordenação ou Assembléia Geral, 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 9º - Os membros que infringirem as normas previstas nos artigos 7º, 8º e 9º ficam sujeitos as seguintes penalidades:

- a) advertência verbal
- b) advertência escrita
- c) exclusão do quadro social.

Parágrafo Único - As penalidades previstas nas alíneas "a, b e c" do artigo 10º serão aplicados nos encontros semanais mediante processo aberto pela Coordenação do Grupo, respeitados amplos direitos de defesa e, por decisão da maioria simples, será ou não desligado do Grupo.

CAPÍTULO III – DO GRUPO E SUA FINALIDADE

Artigo 10º - O Grupo terá um quadro social mantenedor conforme especificado no artigo 3º deste Estatuto destacando-se, dentre eles, os seus membros fundadores, aqueles que participam desde a criação do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão e aprovação do ESTATUTO SOCIAL, que representa como instrumento fundamental para a consolidação do processo de humanização no HIJG.

Artigo 11º - O Grupo tem por finalidade:

- a) Possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica no HIJG
- b) Melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários internos e externos do Hospital
- c) Capacitar continuamente os profissionais do Hospital para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos como também as crenças e o estilo de vida do cliente e sua família, a subjetividade e a cidadania
- d) Estimular a realização de parcerias éticas e intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização já existentes
- e) Implantar novas iniciativas de humanização que beneficiem os profissionais de saúde, os clientes, seus familiares e a comunidade como um todo.

CAPÍTULO IV – DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO GRUPO

Artigo 12º - O Grupo terá estrutura administrativa e organizacional com os seguintes órgãos:

- a) Assembléia Geral
- b) Conselho Fiscal
- c) Coordenação Executiva.

Artigo 13º - A Assembléia Geral será constituída por todos os membros fundadores, efetivos e especiais, que é a instância máxima e soberana do Grupo e obedecerá às normas previstas neste Estatuto.

Artigo 14º - A Assembléia Geral funcionará:

- a) com encontros semanais e extraordinariamente quando necessário
- b) sempre às Quintas-Feiras com horário previsto para as 10:30 horas com duração de aproximadamente 50 minutos, salvo a presença de convidados ou ocasiões especiais
- c) os membros fundadores convidarão verbalmente, por escrito ou através de painel eletrônico os demais membros da instituição para participarem das Assembléias
- d) será presidida pelo Coordenador do Grupo e na ausência deste pelo seu Vice e assim sucessivamente como prevê o artigo 16º
- e) todos terão direito em abordar e sugerir temas relevantes ao assunto proposto para o momento
- f) todos deverão acatar as decisões aprovadas pela maioria do Grupo (50% + 1).

CAPÍTULO V – DO CONSELHO FISCAL

Artigo 15º - O Conselho Fiscal será composto de 2 (dois) membros efetivos e 2 (dois) suplentes, com mandato de 1 (um) ano e eleitos em Assembléia Geral.

Parágrafo único - O Conselho Fiscal reunir-se-á sempre que for necessário tratar de assuntos de suas atribuições ou, ainda, quando convocado nos termos deste Estatuto.

Artigo 16º - Compete ao Conselho Fiscal:

- a) Discutir e emitir parecer sobre o relatório da situação financeira, orçamento e planejamento apresentados pela Coordenação
- b) Exceto nos casos que dependam de deliberação conjunta, cada membro do Conselho deve exercer fiscalização individual nos assuntos ligados a finanças.

Artigo 17º - É assegurado aos membros do Conselho Fiscal o acesso individual ou coletivamente, a todos os documentos da Entidade, quando julgarem necessário ou conveniente.

CAPÍTULO VI – DA COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Artigo 18º - A Coordenação Executiva terá mandato de 1 (um) ano e funcionará como órgão administrativo e gestor do Grupo.

Parágrafo Único - Os integrantes da Coordenação serão eleitos pelos membros do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão para coordenar o Grupo e participar dos encontros junto à Secretaria de Estado da Saúde que tem o compromisso junto ao Ministério da Saúde para implantar o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar nos estabelecimentos de saúde.

Artigo 19º - A Coordenação Executiva terá a seguinte composição:

- a) Coordenador
- b) Vice-Coordenador
- c) Coordenador de Relações Humanas
- d) Secretário
- e) Tesoureiro.

Com mandato de um ano eleito em Assembléia Geral.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 20º - O Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG será representado, quando em execução de atividades na instituição por qualquer membro que compõe o Grupo, sendo a este o direito de ser respeitado e recebido nos diversos serviços.

Artigo 21º - Quando ocorrer casos omissos (negligências), estes serão mediados pela coordenação e, caso necessário, serão encaminhados ao Grupo.

Artigo 22º - Todos os trabalhos realizados serão divulgados através da mídia, para que os demais funcionários e clientes fiquem cientes do trabalho realizado pelo Grupo.

Artigo 23º - A Coordenação Executiva não poderá transigir e renunciar direitos sem prévia aprovação em Assembléia Geral.

Artigo 24º - Este Estatuto só poderá ser alterado por Assembléia Geral especialmente convocada para este fim.

Artigo 25º - O presente Estatuto entra em vigor na data de sua aprovação em Assembléia Geral realizada no dia 05 de Dezembro de 2002.

Artigo 26º - Fica constituída na Assembléia de instituição do Grupo de Trabalho de Humanização do HIJG a primeira Coordenação com mandato de um ano, ou seja, até 05 de Dezembro de 2003 com a seguinte composição:

COORDENAÇÃO EXECUTIVA:

Coordenador:

Vice-Coordenador:

Coordenador de Relações Humanas: MARCOS MAY PHILIPPI

Secretário: KARLA DE FÁTIMA PATITUCCI

Tesoureiro: CARMEM LÚCIA DA CUNHA

COORDENAÇÃO TÉCNICA:

LEONICE TERESINHA TOBIAS
CLARICE RAQUEL MENDES SIELSKI

CONSELHO FISCAL:

Membro efetivo: MÁRIO JOSÉ MACHADO

Membro efetivo: DENISE BOUSFIELD DA SILVA

Suplente: CARLOS CESAR VIEIRA

Suplente: VALCI JOSÉ SCHMITT

Texto aprovado na Assembléia Geral de constituição da Coordenação Executiva
e Conselho Fiscal do Grupo.