

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

**INOVAÇÃO E RESISTÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO,
SOB AS LENTES DA BIOÉTICA**

LANDIA FERNANDES DE PAIVA SOARES

Goiânia - Goiás
Janeiro, 2005

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

**INOVAÇÃO E RESISTÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO,
SOB AS LENTES DA BIOÉTICA**

LANDIA FERNANDES DE PAIVA SOARES

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ NICOLAU HECK

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia - Goiás

Janeiro, 2005

Aos meus pais, Jovair e Osmaira que ensinam-me constantemente que a vida é luta.

Às minhas filhas Sarah e Esther que me fazem crer e lutar por um mundo melhor.

Aos trabalhadores que se fizeram voz neste estudo

A todos que não temem a mudança

AGRADECIMENTOS

A conclusão de uma dissertação só é possível se contarmos com a compreensão, colaboração e incentivo das pessoas que nos cercam. Além disso, a fé em Deus é a base para nos mantermos firmes em nossos propósitos e seguir em frente. Portanto, quero agradecer a Deus pela sua presença e ajuda constante em minha vida, sem as quais este trabalho não teria acontecido e às pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho:

À José, Esther e Sarah que acompanharam com carinho e compreensão cada passo deste projeto, a meus pais que me ampararam não só neste desafio, mas em todos os momentos de minha vida. A eles devo a coragem de ousar.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Nicolau Hech pela confiança e dedicação.

À Prof. Dra. Ana Rachel Rosas Torres pela orientação, ajuda e estímulo que me dispensou sempre que preciso.

À amiga Carla, que me acompanhou nos momentos de alegria, nos momentos de incertezas e desânimo, caminhando comigo nesta longa trajetória.

Aos colegas de mestrado, companheiros de dúvidas e construções. Em especial às amigas Anamaria, Maria Paula e Rejane que me estimularam a continuar sempre através de palavras e exemplos.

À amiga Ionara por sua disponibilidade em sempre me ajudar

Ao Grupo de Bioética pela compreensão por tantas faltas e omissões.

À Margarete que com sua capacidade me auxiliou com os dados estatísticos.

À Maria Rita que através do seu exemplo e entusiasmo em desenvolver o programa de Humanização me fez ver a importância deste e que vale a pena sim, lutar por uma saúde mais digna e humana.

Ao meu esposo e ao Douglas que com carinho e paciência me ajudaram a desvendar o mundo do computador me auxiliando nas digitações e correções.

À Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a realização desta pesquisa entre seus trabalhadores.

Aos gestores das unidades de saúde que tanto colaboraram na realização deste trabalho, através da aplicação dos questionários.

Aos profissionais das Unidades de Saúde que através de um gesto humano responderam o questionário para que esta pesquisa acontecesse.

“Um encontro de dois: olho a olho, face a face e quando estiveres perto arrancarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus, e tu arrancarás meus olhos e os colocarás no lugar dos teus e então te olharei com teus olhos e tu me olharás com os meus.”

J. L. Moreno

RESUMO

SOARES, Landia Fernandes de Paiva. **Inovação e Resistência na Implantação do Processo de Humanização na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Goiânia-GO, sob as Lentes da Bioética**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás.

Nas duas últimas décadas, os problemas éticos da medicina e das ciências biológicas explodiram em nossa sociedade com grande intensidade, constituindo um desafio para a ética contemporânea providenciar um padrão moral comum para a solução das controvérsias provenientes das ciências biomédicas e das altas tecnologias aplicadas à saúde com a falta de cuidado por parte de profissionais que lidam com a vida. Mediante tais problemas o Ministério da Saúde desenvolveu um Programa Nacional de Humanização Hospitalar que se baseia em uma mudança de postura entre profissionais e usuários do Sistema Nacional de Saúde, como mudança no acolhimento e atendimento ao usuário, buscando resgatar o cuidar que é essência do ser humano. Com base nesse quadro, este estudo investiga o impacto do Programa de Humanização no cotidiano dos profissionais de saúde do Município de Goiânia. Os participantes foram 218 profissionais de nível superior que trabalham nas unidades piloto de implantação do processo de humanização. Foram analisadas as correlações entre satisfação com as atividades desempenhadas, local de trabalho, tempo de serviço, carga horária trabalhada, remuneração e religião com o cuidar humanizado. Investigou-se, também, as informações que os trabalhadores tem a respeito do programa de humanização da saúde e a sua participação como atores deste processo. Constatou-se que eles são favoráveis ao processo de humanização, mas a adesão dos trabalhadores não foi significativa, apesar de todo o empenho realizado na implantação de tal processo. Discute-se que a teoria da humanização está sendo assimilada apenas como modelo de atendimento, sem a compreensão acerca das mudanças sociais que são propostas por este programa.

Palavras-chave: Processo de humanização; Saúde pública.

ABSTRACT

SOARES, Landia Fernandes de Paiva. *Inovation and Resistance Concerning the Implementation of Humanization Process in the Secretaria Municipal de Saúde do Município in the city of Goiânia-GO in the light of Bioethics.*

Over the last two decades, the ethical problems of Medicine and Biological Sciences blew up in our society with great intensity, which constituted a challenge to contemporary ethics to provide a common moral standard for solving controversial issues coming from biomedical sciences and high technologies applied to health with the lack of care by life-care workers. Facing such matters, the Health Ministry has developed the Hospital Humanization National Program which is based upon a change of behavior between workers and the health system users, as a change in the service given to the user, aiming at rescuing the care which is the essence of human being. Based on this, our study investigates the impact of the humanization program in the everyday life of health workers in the city of Goiânia. 218 questionnaires were given to higher educated workers who work in the unities implementing the humanization process. Correlations among satisfaction with performed activities, workplace, working time, workload, earnings and religion with the humanized care were analysed. We have also investigated the information workers have concerning the health humanization program and their participation as actors in this process. We have noted that they are in favor of the humanization process, but their adherence was not significant, in spite of all effort shown in the implementation of such process. We have discussed that humanizing theory is being assimilated only as a model of service, without the understanding of social changes proposed by this program.

Key words: Humanization process; Impacts; Health care workers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS	- Centro de Atendimento Integral à Saúde
CIAMS	- Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária
FNS	- Fundação Nacional de Saúde
FUNDEC	- Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência
NOB	- Norma operacional básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI	- Programação Pactuada Integrada
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	- Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UABS	- Unidade Básica de Saúde
UABSF	- Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Avaliação da faixa etária dos estudantes de enfermagem e serviço social.....	37
Tabela 2:	Avaliação dos cursos de graduação dos estudantes da amostra	37
Tabela 3:	Análise dos períodos cursados pelos sujeitos da amostra	37
Tabela 4:	Análise dos componentes da escala sobre atitudes em relação a humanização da saúde.....	38
Tabela 5:	Análise da faixa etária dos sujeitos da amostra.....	47
Tabela 6:	Distribuição dos profissionais de saúde no serviço público	47
Tabela 7:	Análise do tempo de profissão dos entrevistados.....	47
Tabela 8:	Análise do tempo de exercício de profissão no serviço público	48
Tabela 9:	Distribuição da carga horária exercida no serviço público	48
Tabela 10:	Distribuição do local da segunda jornada de trabalho	48
Tabela 11:	Distribuição da carga horária na segunda jornada de trabalho.....	49
Tabela 12:	Avaliação das faixas salariais recebidas pelo serviço público	49
Tabela 13:	Análise dos motivos de se trabalhar no serviço público.....	50
Tabela 14:	Análise das religiões dos entrevistados	50
Tabela 15:	Freqüências, em porcentagem, com que os entrevistados participam de cultos e missas.....	51
Tabela 16:	Análise dos componentes da escala sobre atitudes dos profissionais de saúde em relação à humanização	52
Tabela 17:	Médias, desvios padrões e teste estatístico do gênero com a escala de humanização	53
Tabela 18:	Médias e teste estatístico da adesão aos valores de humanização em função da carga horária trabalhada	53

SUMÁRIO

Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Lista de Siglas Abreviaturas.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
 INTRODUÇÃO.....	 1
 Capítulo I - Saúde Pública.....	 4
1.1 Saúde Pública em âmbito mundial.....	4
1.2 Saúde Pública no Brasil.....	8
1.3 O Sistema Nacional de Saúde.....	13
 Capítulo II - Humanização em Saúde.....	 20
2.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.....	20
2.2 Política Nacional de Humanização.....	24
2.3 Projeto de humanização na SMS.....	26
2.4 Porque humanizar.....	27
 Capítulo III - Objetivos	
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
 Capítulo IV – Método e Resultados.....	 34
4.1 Estudo I - Desenvolvimento de instrumento para avaliar as atitudes relacionadas ao processo de humanização da saúde e a validação deste instrumento.....	35
4.1.1 Objetivos.....	35
4.1.2 Amostra.....	35
4.1.3 Instrumento e procedimentos.....	36
4.1.4 Análise dos dados sócio-demográficos.....	37

4.1.5 Resultados das opiniões quanto ao processo de humanização da saúde	38
4.2 Estudo II - Análise correlacional das variáveis e avaliação das informações sobre a implantação do processo de humanização entre profissionais de nível superior das unidades de saúde consideradas piloto pela SMS.....	40
4.2.1 Objetivos	40
4.2.2 Amostra e procedimentos	40
4.2.3 Aspectos éticos	45
4.2.4 Instrumento	46
4.2.5 Análise dos dados.....	46
4.2.5.1 Características sócio-demográficas da amostra.....	46
4.2.5.2 Análise da escala de atitudes em humanização dos trabalhadores do serviço público de Goiânia.....	51
Capítulo V - Discussão e Conclusões	55
Referências Bibliográficas	63
APÊNDICES.....	72
Apêndice 1: Questionário do estudo I	73
Apêndice 2: Questionário do estudo II	76
Apêndice 3: Termo de consentimento	80

INTRODUÇÃO

A última década do século XX foi marcada por importantes mudanças nas bandeiras de luta dos movimentos sociais. A resistência organizada contra o processo histórico, que se convencionou chamar de “globalização”, empunha novos estandartes e, entre eles, encontra-se o da saúde pública. Mais do que reivindicar a ação do Estado nesta área, tais movimentos exigem transparências na conduta médico-hospitalar em relação ao paciente (Dallari e Ventura, 2002).

Fala-se muito da desumanização das instituições de saúde que é reflexo do que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizada e desumanizante. A humanização dos cuidados de saúde passa obrigatoriamente pela humanização da sociedade. No Brasil estamos ainda numa fase rudimentar quando falamos de cuidado digno do ser humano, especialmente frente à dor e sofrimento humano no sistema de saúde, onde a pessoa humana vulnerabilizada pela doença, deixou de ser o centro das atenções e passa a ser um simples instrumento do sistema (Pessini, 2002a).

Sendo assim, faz-se necessária a realização de novas práticas em saúde que acolham os usuários no “seu sentir-se com problemas de saúde”, criar vínculos e se responsabilizar pela saúde deste, mobilizando todo o conjunto de opções tecnológicas na direção de resolver o problema (Carvalho, 1998).

Segundo o ex-ministro da saúde Serra (2001) a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc. Evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do

relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (Ministério da Saúde, 2001).

A discussão da Bioética no campo da saúde constituiu, portanto, uma importante ajuda para a resolução de tais problemas, pois esta segundo o professor Goldim (1998a) é um instrumento valioso na identificação, análise e resolução de problemas ou dilemas morais que surgem no cuidado individual do paciente. O objetivo de procurar soluções para problemas morais não é identificar um ideal moral, mas encontrar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais (Morreim, 1994).

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos trabalhadores de todo o sistema de saúde. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, trabalhadores e usuários (Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia, 2003).

Para a concretização destas novas práticas em saúde é necessário *“reconstruir, destruir, desconstruir toda uma infinita lógica de micropoderes normalizadores que produzem o conformismo com a miséria, com a violência, com o autoritarismo, com o modelo vigente de apropriação e distribuição de riquezas”*. Sendo assim, a instalação do processo de humanização demanda mudanças históricas de postura e não significa em hipótese alguma, um momento mágico, mas sim um processo que ocorrerá através de reflexões e que leva tempo para ser estabelecido, envolvendo a participação de todos os atores do sistema, pois humanizar é verbo pessoal e intransferível (Gastão, 1987).

Nesse contexto, o projeto de humanização da Secretária Municipal de Saúde - Goiânia, surge como momento de repensar as práticas em saúde e vislumbrar novas formas de agir que, mesmo em pequenas dimensões, possam contribuir para a reconstrução dos serviços de saúde, sendo assim, um convite para que todos (trabalhadores e usuários) se tornem sujeitos da construção de um novo modelo de atenção à saúde, aproveitando as experiências acumuladas e priorizando os conhecimentos que possam contribuir com a melhoria dos processos de trabalho (Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia, 2003).

Segundo Minayo et al (2000), uma pesquisa social é uma tarefa dinâmica de sondar a realidade e desvendar seus segredos. Como pesquisa social o presente

trabalho visa fazer uma análise da implantação do processo de humanização nas unidades piloto da Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia, através da tarefa dinâmica de sondar a realidade do comprometimento dos profissionais com a implantação do processo, através do estudo sobre o conhecimento que estes têm do processo e como eles se vêem como atores neste processo de humanização do serviço, tentando desvendar os segredos que tais profissionais guardam em relação ao serviço público, como por exemplo satisfação, objetivos, estímulos, comprometimento e outros aspectos que tentaremos desvendar.

Para realizar o percurso aqui enunciado, este trabalho enfoca no capítulo I um breve histórico da trajetória da Saúde Pública em âmbito mundial e no Brasil, mostrando o surgimento do Sistema Nacional de Saúde, seus princípios, diretrizes e programas.

O capítulo II retrata o surgimento e diretrizes do Programa Nacional de Humanização Hospitalar do Ministério da Saúde (PNHAH) e sua implantação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Neste capítulo se trabalha também o porquê da necessidade de humanizar todos os envolvidos no processo de cuidar da saúde, ou seja, HUMANIZASUS.

O capítulo III mostra os objetivos do presente trabalho.

O capítulo IV consta da realização de dois estudos. O estudo I desenvolve e válida um instrumento de pesquisa (questionário) necessário para a estruturação do método utilizado para a realização do estudo II, no qual se investiga o Programa de Humanização na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e por último os resultados obtidos nesta investigação.

O capítulo IV apresenta a discussão e conclusão dos principais resultados encontrados.

Capítulo I

SAÚDE PÚBLICA

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje. Para entendermos o que se passa hoje com o nosso sistema de saúde é necessário retroceder no tempo e compreendermos as suas mais diferentes fases. Este capítulo tratará de uma retrospectiva quanto a história da saúde pública no mundo e no Brasil.

1.1 Saúde Pública em âmbito mundial

Nas mais antigas civilizações encontram-se evidências de atividades ligadas à saúde comunitária. Rosen (1994) faz uma análise desta saúde comunitária em diferentes épocas da história:

- Na Grécia antiga havia funcionários específicos, os *astynomi* que significa “aquele que governa ou protege a cidade”, responsáveis pela saúde da população. Roma deixou ao mundo inteiro o exemplo da criação de um sistema público de saúde, que sobreviveu mesmo às ruínas do império.
- Na Idade Média (500-1500 d.C.) com a desintegração do mundo greco-romano, houve um declínio da cultura urbana e da prática da Saúde Pública, porém, nas comunidades medievais surgiram máquinas administrativas que se ocupavam de problemas de saúde e bem-estar como, por exemplo, a prevenção de enfermidades, a criação de medidas

de administração como a quarentena, a criação de hospitais para oferecer cuidados médicos e assistência social, supervisão sanitária para a proteção da saúde comunitária.

- O Renascimento (1500-1750), fase de desaparecimento da civilização medieval e de sua transformação em mundo moderno, é muito significativo para a saúde pública não por seu brilhantismo, mas por representar a aurora de um novo período da História, que se caracteriza pela evolução e difusão rápida das ciências, elemento de profunda influência sobre a Saúde pública. Porém não somente o desenvolvimento da ciência e das técnicas médicas fez desenvolver a saúde pública. Uma população sadia era interesse dos políticos como forma de aumentar a riqueza e o poder da nação do Estado, por isso estadistas, legisladores, administradores, médicos, homens de negócio reconheceram suas responsabilidades pelo cuidado da saúde, pela prevenção das doenças, pela assistência médica aos necessitados e esta consciência gerou um conceito de política nacional de saúde.
- Na Europa durante os séculos XVII e XVIII as obrigações do Estado quanto à saúde receberam ainda mais atenção e como o governo estava obrigado a cuidar da saúde do povo, os seus cuidados deveriam assentar-se sobre a prevenção e o tratamento das doenças e para isto deveria se preocupar como meio ambiente e a alimentação. Apesar dessa evolução na teoria, não foi desenvolvida uma política de saúde eficiente e se decretaram poucas medidas práticas, considerando que as autoridades cuidavam apenas dos interesses de sua comunidade, e somente na segunda metade do século XVIII, o interesse pela saúde como tema de política pública entrou em uma nova fase, em que se percebeu com clareza o espírito do iluminismo e do humanismo e pela primeira vez se desenvolveram e se aplicaram políticas de saúde.
- Na segunda metade do século XIX, a pobreza e o infortúnio social se espalhavam mais do que nunca, em virtude das mudanças na agricultura e na indústria, surgindo necessidades de profundas mudanças ante os problemas de saúde e bem-estar e para isto foram criadas campanhas de saúde, nas quais ficou provado a relação da doença com o meio ambiente, com a falta de escoamento, de abastecimento de água e de meios para remover refugos das casas e ruas.

- No século XX a proteção da comunidade contra doenças transmissíveis, e o saneamento do ambiente, foram de muita importância para a saúde pública, porém novos dilemas surgiram como o bem-estar de mulheres e crianças, do crescente aumento da tuberculose e outras doenças, fazendo criar motivações políticas, econômicas e humanitárias, e novos programas de saúde se viram envolvidos em programas de educação em saúde como forma de ajudar e esclarecer sobre os programas de saúde. Um passo decisivo no desenvolvimento da obra sanitária internacional ocorreu com a criação da Organização de Saúde da Liga das Nações em 1923, tendo como uma de suas unidades funcionais mais importante o Serviço de Inteligência Epidemiológica, tornando claro a importância da ação mundial no controle de doenças. Esta organização foi a primeira tentativa de se criar um mecanismo efetivo para um ataque contínuo aos problemas de saúde, como, por exemplo, malária, tuberculose, raiva, hanseníase, etc. Além dessas atividades, a organização deu auxílio direto a nações individuais criando-se uma idéia de cooperação internacional em muitas áreas da saúde, constituindo uma grande fundo de experiências.
- Em 1946 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) que assumiu os deveres e os poderes da Organização de Saúde da Liga, e em 1948 ocorreu a validação de sua constituição por vinte e seis países. A OMS se tornou a coordenadora mundial no campo da saúde, reconhecendo a saúde como *“um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica”*, recomendando a elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde, pois significa gerar contravalores que reduzam os efeitos mais perversos e nefastos do desenvolvimento econômico, possibilitando formular no interior de cada país projetos para uma nova ordem social.

Na segunda metade do século XX, a humanidade tem experimentado rápidas e profundas mudanças em todas as esferas da vida cultural, econômica, social e política (Ferreira, 1992). A internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com o avanço das tecnologias da informação, tem como

resultado a globalização da economia e suas conseqüências macroeconômicas: transnacionalização empresarial, desterritorialização da força de trabalho, desemprego, entre outras. Ao mesmo tempo, verifica-se aumento das desigualdades entre os povos e os grupos sociais, a eclosão de movimentos nacionalistas, a exacerbação dos conflitos étnicos, a agressão ao meio ambiente, a deterioração do espaço urbano, a intensificação da violência e o desrespeito aos direitos humanos (Macedo, 1992).

A nova ordem mundial que se instaura na década de oitenta, inspirada no neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo estado mínimo e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada crise fiscal do Estado em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como saúde pública (Cardoso e Gomes, 2000).

Considerando, portanto, a saúde pública como uma instituição, os seus problemas foram surgindo ao longo do tempo e a forma de enfrentá-los em cada sociedade decorre de condições políticas, econômicas e sociais, assim como dos conhecimentos disponíveis e das concepções de saúde e doença prevalentes em toda a história (Castro, 1976), uma vez que saúde pública pode ser definida como a relação entre as necessidades humanas e os meios de satisfazê-las (Rosen, 1994).

No caso da saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcou a década de sessenta, amplia-se nos anos setenta para uma discussão sobre a extensão de cobertura dos serviços. O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde possibilitam o estabelecimento do célebre lema "*Saúde para todos no Ano 2000*" (World Health Organization, 1995). Entretanto, enquanto a estratégia da atenção primária à saúde se difunde a partir da conferência de Alma-Ata realizada em Setembro de 1978 na cidade de Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, pela Organização Mundial de Saúde, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado como mecanismo privilegiado para alocação de recursos e questionaram a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive a saúde (Coelho, 1998), pois o Estado passou a ter uma participação global na área da saúde, ou seja, não se limitava apenas às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (Bertolli, 2001).

As políticas de saúde que estarão sendo debatidas nos diversos países do mundo nessa segunda metade da década de 90 e no início do século XXI possivelmente chamarão a atenção dos servidores públicos da saúde e os convocarão a participação social enquanto atores políticos e agentes privilegiados das práticas de saúde (Paim, 1997), pois a melhoria dos serviços de saúde, principalmente nos países subdesenvolvidos continuará a ser um desafio para todos os trabalhadores da saúde pública.

1.2 Saúde Pública no Brasil

As primeiras referências sobre as terras e os indígenas descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral davam a idéia de um paraíso terreno. A beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno combinavam, aos olhos dos europeus, com a saúde dos habitantes do Novo Mundo. Segundo as descrições, os índios que ocupavam a região litorânea do Brasil eram robustos e ágeis, desconhecendo as mortais enfermidades que naquele período ceifavam vidas em todo o continente europeu. Já no século XVII a colônia portuguesa da América era identificada com o inferno, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência devido aos conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais e, sobretudo as múltiplas e freqüentes enfermidades. Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontram todo tipo de dificuldade para exercerem suas profissões, até mesmo o medo do povo de se submeter ao tratamento, preferindo os curandeiros negros ou indígenas. Nos surtos epidêmicos os médicos e os curandeiros pouco podiam fazer, por não conhecer muito sobre as doenças (Meihy e Bertolli Filho, 1990).

A vinda da côrte portuguesa para o Brasil em 1808, trouxe modificações na administração pública colonial, inclusive na área da saúde, sendo criadas as primeiras escolas de medicina no Rio de Janeiro (1813) e Bahia (1815) e os primeiros órgãos ligados à saúde pública nacional, como a Imperial Academia de Medicina e a Junta de Higiene Pública (Stepan, 1976). A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade, devido à fragilidade das medidas sanitárias, fazendo com que o Brasil tivesse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (Meihy e Bertolli Filho, 1990).

A proclamação da república em 1889 foi embalada por idéias de modernizar o Brasil a todo custo. A medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva, fundamental para o projeto de modernização do país. Definiu-se uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública, que estava voltada para o estudo e a prevenção de doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos que atingiam a coletividade (Stepan, 1976).

O Estado passou a ter uma participação global na área da saúde, não limitando sua ação apenas nas épocas de surtos epidêmicos, mas estendendo-a por todo o tempo e a todos os setores da sociedade, revelando a criação de uma “política de saúde” que deveria articular-se com outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho, formando a política social. Porém, toda essa ação do Estado era deficitária e desigual, privilegiando grupos sociais mais ricos e relegando a segundo plano as necessidades básicas da população, e isso apesar de o trabalho de cada um dos cidadãos ser considerado a grande fonte geradora da riqueza nacional. Isto gerou revoluções populares e uma grande revolta ocorrida em 1904, conhecida como a revolta da vacina e exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando nos anos seguintes novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva (Bertolli, 2001).

Em 1930, na era Vargas, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública, que determinou uma remodelação dos serviços sanitários do país, garantindo à burocracia federal o controle desses serviços. A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da sociedade, porém a partir da centralização dos serviços, cujas decisões sanitárias passaram a ser tomadas por políticos e burocratas que em muitos casos pouco conheciam sobre problemas de saúde e conceitos epidemiológicos. Organizaram-se as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência que garantiam assistência médica a uma parte da população urbana que fazia parte de uma categoria profissional. Antônio Carlos Pacheco e Silva, médico paulista, deputado constituinte de 1934, já afirmava que:

“O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retornar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual...” (Silva, 1934).

Com a constituição de 1934 e com a consolidação das leis de trabalho (CLT) em 1943 a política de saúde se expandiu e começou a se estruturar o setor previdenciário, porém ainda muito deficitário. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que na década de 50 contou com verbas irrisórias, confirmando o descaso das autoridades para com a saúde do povo, faltava até mesmo ânimo aos servidores. As dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde e o clientelismo praticado pelos políticos condenou o Brasil a permanecer como uma das nações mais doentes do mundo (Bertolli, 2001).

O aumento da quantidade de segurados fez com que a previdência assumisse a prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, porém tornaram-se comuns as longas filas de enfermos nas portas dos hospitais, as consultas médicas duravam poucos minutos e a obtenção de vagas para internamento imediato de pacientes graves era difícil. Diante desses fatos o setor privado da medicina expandiu-se com ajuda do Estado que fazia doações e empréstimos para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais que venderiam seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e até mesmo ao governo. Com a revolução de 1964 e a instauração do regime militar houve ainda mais redução de verbas à saúde pública, e o Ministério da Saúde passou a tratar o fenômeno saúde como um elemento individual e não coletivo (Yida, 1994), e toda a idéia de descentralização da saúde que remonta aos anos 50 e que com a 3ª conferência Nacional de Saúde em 1963 se reforça através da proposta de municipalização dos serviços de saúde foi trocada por experiências centralizadoras e privatizantes (Heimann, 2000).

Aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e instituições de aposentadoria e pensões, o governo cria em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Este fica subordinado ao Ministério do trabalho, que teria como uma das suas funções tratar os doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população com programas de

saúde. Pela constituição de 1967, o Estado deveria apoiar as atividades privadas, onde sua atuação governamental seria apenas complementar os serviços prestados pela medicina privada, utilizando o setor privado para atender a massa trabalhadora. De fato, a previdência social passa a ofertar assistência médica aos seus segurados fundamentalmente pela compra de serviços médicos do setor privado (Cohn, 1994).

O crescimento expressivo da assistência médico previdenciária e os problemas daí decorrentes, criou-se em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que resultou na construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e na contratação de serviços privados, principalmente nos centros urbanos onde se encontrava a maioria dos seus beneficiários (Heimann, 2000).

Segundo Souza (2002) o INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores que apresentassem carteira assinada e seus dependentes, ou seja, não tinha caráter universal. Portanto, nessa época os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias:

- que podiam pagar pelos serviços;
- que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e;
- aqueles que não tinham nenhum direito.

A crise do financiamento da previdência gerou iniciativas apontando para a necessidade de formulação de políticas de descentralização e algumas medidas foram tomadas neste sentido como, implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou residentes de áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde, o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (Paim, 1998). Porém, estas medidas ainda estavam longe de corresponder às necessidades de acesso, quantidade e qualidade dos serviços de saúde (Draibe et al; 1990), principalmente devido à redução dos recursos para a saúde pública ocorrida nos últimos anos do regime militar.

O Banco Mundial descreve uma redução de 41% nas despesas com saúde no Brasil entre 1978 e 1982 (Abranches, 1985). Com base nesse quadro, constata-se uma crise na saúde pública, e para a superação dessa crise, vários aportes foram

propostos, cada um deles apontando para a necessidade de novos paradigmas (Afif e Breslow, 1994). Portanto, a necessidade de uma nova saúde pública, baseada na estratégia “saúde para todos” (Paim, 1986), fazia-se necessário e urgente discutir a questão da saúde no âmbito público-coletivo-social e as propostas de ação subseqüentes, fazendo surgir assim movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional.

Nessa perspectiva, as propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada crise da saúde pública podem significar uma oportunidade para efetivamente incorporar o complexo “promoção - saúde - doença - cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática, aumentando assim a viabilidade das metas de saúde para todos mediante políticas públicas saudáveis, através de maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte (Paim e Almeida Filho, 1998).

O Brasil por apresentar um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – união, estados e municípios – apresenta uma certa complexidade na implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social. A implementação de políticas sociais, como às políticas de saúde, requer uma definição das funções das diferentes esferas de governo e articulação entre essas esferas, através de cooperação e complementaridade, principalmente porque no Brasil temos uma diversidade de Municípios em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, o que implica em diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, e vem reforçar a política de descentralização (Souza, 2002).

Com a 8ª conferência Nacional de Saúde em 1986, o Ministério da Saúde torna-se alvo de crescente pressão, através da mobilização da sociedade e dos profissionais, que debatiam a crise da previdência social e da saúde e exigiam a reforma sanitária. Este movimento é um processo político de conquistas da sociedade em direção a democratização da saúde a partir de bases adequadas de financiamento, ampliando o leque de atividades numa nova relação com o usuário, sendo uma nova configuração dos serviços de saúde, é portanto o movimento de construção do novo Sistema Nacional de Saúde gerando a criação de um sistema

único de saúde, universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral (Paim, 1998).

Institui-se então o SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Decreto n. 94657, 20 de julho de 1987), implementado por meio de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, para os quais é transferida a gestão não somente das unidades assistenciais federais como também da rede privada contratada ou conveniada (Souza, 2002). Consagra-se a municipalização dos serviços de saúde, o que segundo Fadul significava: *“criar uma rede flexível que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse...”* (Fadul, 1978).

1.3 O Sistema Único de Saúde

Com a nova constituição promulgada em 1988, estabeleceu-se o princípio de seguridade social no país (Art. 196 a Art. 200), consagrando a universalidade da assistência, a descentralização da gestão do sistema, a integralidade da atenção, efetivada por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Reconheceu-se o direito e a necessidade da participação da comunidade na gestão do sistema mediante a formação de conselhos da saúde, juntamente com representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviço (lei n. 8.142/90) (Heimann, 2000).

Um passo importante para o cumprimento constitucional da construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto número 99.060 de 7 de março de 1990 que transfere o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, e em setembro do mesmo ano institui-se o Sistema Único de Saúde, através da lei 8.080, que tem o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da nação, porém comandado por cada esfera do governo estadual. A lei no seu capítulo II, “Dos princípios e diretrizes”, no artigo 7, estabelece entre os princípios do SUS a *“universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”* (Souza, 2002).

Segundo Natalini (2001) o SUS deve:

- Atender a todos, de acordo com as suas necessidades, independentemente de pagamento;

- Atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento;
- Ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações;
- Ser racional, devendo se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população;
- Ser eficiente e eficaz, produzindo resultados com qualidade;
- Ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços;
- Ser equânime: todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, que são diferentes de uma pessoa para outra. O princípio da equidade deve estar atento às desigualdades.

O SUS apresenta três inovações relevantes, segundo Costa (2002), na política de saúde:

- 1) a definição de um comando único para o sistema de saúde em cada esfera de governo.
- 2) a descentralização como princípio organizador básico, cabendo aos estados e municípios a primazia da prestação dos serviços de saúde, e
- 3) a co-responsabilidade do financiamento dos recursos da União, Estados e Municípios.

A partir da criação do SUS a operação do sistema e a relação entre os administradores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS). Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993 e 1996. As duas primeiras NOBs foram editadas num contexto em que a cultura centralizadora e as práticas do INAMPS ainda atuavam, embora caminhassem para a descentralização. Apenas com a NOB 01/93 é dado o impulso mais vigoroso no sentido da descentralização (Ministério da Saúde, 2002).

Desde 1999, foi estabelecido um processo de avaliação do movimento de descentralização, buscando identificar os estrangulamentos e as possibilidades de avanço do SUS e como resultado deste estudo é elaborada a Norma Operacional da

Assistência (NOAS-SUS 01/2001) e (NOAS-SUS 01/2002), cuidando especificamente do regionalismo da assistência (Natalini, 2001).

O objetivo geral da referida norma é *“Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”*, e para isto adotou-se a microrregionalização como estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, permitindo maior controle pelos gestores (Souza, 2002), garantindo uma maior estabilidade e continuidade dos projetos implantados pelos Estados e Municípios, possibilitando a adoção das políticas do SUS como verdadeiras políticas de Estado, e não de meras iniciativas transitórias de governos (Ministério da Saúde, 2002). A NOAS-SUS 01/01 trouxe elementos que tornaram imprescindível a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), elemento fundamental para o processo de regionalização e que norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir o princípio da equidade, contemplando a alocação de recursos, nela explicitam-se as responsabilidades de financiamento de custeio da assistência nas três esferas do governo, de forma a garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios que ofertam o serviço mediante encaminhamento formalizado e negociado anteriormente entre os gestores respectivos. Em consequência da implantação da Programação Pactuada Integrada - PPI, todos os estados da Federação tiveram seus parâmetros assistenciais reformulados e o principal motivo desta reformulação é a distribuição equânime da alocação de recursos, estabelecendo que *“os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitando o limite financeiro estadual, bem como da definição das referências intermunicipais na PPI”* (Ministério da Saúde, 1998).

O repasse de recursos federais ao SUS tem como base à receita estimada para o orçamento da seguridade social, conforme as metas estabelecidas anualmente na lei de Diretrizes Orçamentárias da União. Os recursos são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e fiscalizados por um órgão colegiado, o Conselho Nacional de Saúde, o qual têm a participação de representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço. O Ministério da Saúde, através do FNS, acompanha a aplicação dos recursos que são repassados a Estados e Municípios e estes são obrigados a

constituir os seus respectivos fundos de saúde, garantindo recursos para a saúde nos seus orçamentos e ainda criar conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão (Oliva et al; 2000). A Emenda Constitucional n. 29 aprovada em 10 de agosto de 2000 que vincula os recursos orçamentários à saúde pública, fixou o valor federal para a saúde de acordo com a variação do produto interno bruto (PIB) e os Estados e Municípios foram obrigados a destinar 12% e 15% respectivamente de seus recursos para a saúde (Costa, 2002).

Uma das grandes dificuldades enfrentadas por aqueles que procuram definir uma distribuição socialmente mais adequada de recursos na área de saúde é conciliar justiça e eficiência (Coelho, 1998), principalmente num panorama social que consolida-se na tendência da desigualdade social, como distribuição de rendas, consumo de serviços básicos, qualidade de vida, grau de satisfação das necessidades sociais básicas (Cohn e Mangeon, 2002). Nesse contexto, distintas concepções ou projetos de SUS têm-se configurado na realidade brasileira. Além do SUS formal, expresso na legislação e nas normas em vigor e do SUS democrático, derivado do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, coerente com as proposições políticas formuladas pelos movimentos sociais e pelas conferências de saúde, surge o SUS para pobres, centrado numa assistência primitiva de saúde mediante “focalização”, tal como recomenda o Banco Mundial, para amenizar os efeitos das políticas de ajuste macro-econômico (Paim, 1997). A “focalização” consiste na política de saúde direcionada para os estratos mais pobres da população, voltando a reproduzir uma política segmentada, orientada para a renda da população, sendo, portanto, contrário ao princípio da universalização proposta em 1988 (Costa, 2002). Temos também o SUS real, refém dos desígnos da chamada área econômica, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento amplia os espaços do mercado para o seguro saúde e os chamados planos de saúde (Paim, 1997), que segundo Gaspari oferecem cobertura para pessoas jovens e sadias e repassam para a rede pública os idosos e as doenças mais graves, que são tratamentos de alto custo, como transplantes, cirurgias cardíacas e doenças graves como câncer e AIDS (Gaspari, 1997).

O Brasil constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo e a expansão dos planos privados justifica-se pela insuficiência do modelo público e o processo de acumulação de renda (Bahia e Viana, 2002). Um outro grave problema para a saúde no Brasil, nas duas últimas

décadas é à entrada de multinacionais na área de prestação de serviços médicos, fornecendo assistência médica, através da compra de grandes hospitais e convênios com grandes empresas, sendo mais uma drenagem de recursos para o poder público (Lima, 1981). Outra realidade do atual modelo de saúde é que este não está centrado na Atenção Básica à saúde, que é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, porque segundo Ferreira (2001) 85% dos problemas poderiam ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais que são serviços de média e alta complexidade cumprisse com eficiência seu verdadeiro papel. O texto constitucional Brasileiro contém uma concepção de Estado responsável pela proteção social e um sistema de saúde que inclui a todos, assegurando a universalidade, a solidariedade social, a garantia plena de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Estado cria princípios que não consegue cumprir em virtude da má administração, do grande desperdício e de uma demanda excessiva, fazendo com que os profissionais prestem um serviço de má qualidade, com total descuido, muitas vezes causado pela deficiência das condições de trabalho, oferecidos a estes (Lumertz et al; 1997).

Segundo Serra (2001), já citado anteriormente,

“a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema atual de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, etc”.

Segundo Mendes (2002), nos serviços públicos de saúde, a qualidade pode ser definida como o conjunto de seis valores:

- a) acessibilidade (localização e tempo de espera pelo serviço);
- b) pertinência ou adequação (tipo de serviço de acordo com as necessidades da população);
- c) equidade (justiça na provisão para diferentes tipos de pessoas);
- d) eficiência (economia de recursos e relação custo/benefício);
- e) aceitabilidade (do público em relação aos serviços disponíveis);
- f) efetividade.

Não devendo esquecer também que a qualidade está muito dependente dos sujeitos que praticam as ações e também dos que sofrem a ação, o cidadão transformado em usuário. Portanto, a baixa qualidade dos serviços públicos gera e perpetua uma baixa expectativa em relação ao que pode ser oferecido, tanto para os usuários quanto pelos prestadores de serviço, contribuindo assim para gerar um círculo vicioso de insatisfação e frustração de funcionários e usuários (Mendes, 2002), e ainda temos que levar em conta a qualidade do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (Ministério da Saúde, 2001).

Ser cidadão significa ser membro de uma cidade-estado, com direitos civis, políticos e sociais. Direitos civis significa liberdade individual de falar, pensar e acreditar, o direito à propriedade, o direito de ir e vir, o direito à realização de contratos, à justiça, à vida e a segurança. Direitos políticos é o direito de participar do poder político como membro de uma sociedade, investido de autoridade política ou como eleitor. Os direitos sociais são os direitos à saúde, à educação, ao seguro desemprego, enfim, ao bem-estar social (Mendes, 2002). Para fundar uma nova cidadania, temos que produzir uma nova cultura política amalgamada na autonomia, na autogestão, na descentralização e na democracia participativa, no cooperativismo e na produção socialmente útil, pois cidadania é participação (Mendes, 2002). Portanto é direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde.

Num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual. Tem-se que buscar um cuidado solidário que alie competência técnico-científica e humana (Pessini, 2002a), pois na medida em que as biotecnociências evoluem torna-se mais evidente a inquietação das pessoas em relação à própria saúde (Cardoso e Gomes, 2000), que é uma expressão do modo de vida, condições de trabalho e do meio ambiente (Paim e Almeida Filho, 1998).

As condições de saúde, à medida que refletem tendencialmente às condições de existência, sofrem o impacto negativo dessa piora da qualidade de vida, portanto a viabilidade de qualquer mudança mais significativa nas condições de saúde coletiva está a exigir transformações também significativas na relação de forças existentes na sociedade (Oliva, 1989), como por exemplo, mudança na

formação dos profissionais de saúde bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento e no conhecimento sobre o SUS, proliferando escolas com fins comerciais. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde (Lumertz et al; 1997).

Uma reforma institucional e administrativa do SUS nunca será efetiva, no entanto, sem a reforma também da mentalidade dos profissionais responsáveis pela gestão do sistema e pela prestação de serviços (Serra, 2001).

Capítulo II

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

*“Todos juntos somos fortes, somos flecha,
somos arco. Todos nós, no mesmo barco,
Não há nada o que temer...”*

Chico Buarque

O Ministério da Saúde no intuito de enfrentar os grandes desafios de melhoria da qualidade do atendimento público à saúde, com uma nova cultura de atendimento humanizado (cuidar do usuário) e de valorização do trabalho dos profissionais desta área (cuidar de quem cuida), lança em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este capítulo será uma referência a este programa, sua importância e seus desdobramentos, como exemplo, a política de Humanização do Ministério da Saúde. E ainda uma análise do porque da necessidade de se humanizar o SUS.

2.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

Este programa propõe um conjunto de ações integradas que visam a mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições e investigar os meios para o fortalecimento de uma nova cultura de atendimento à saúde através de uma política de resgate do respeito e valorização da vida humana. O serviço de saúde será tanto mais eficaz e consistente quanto mais articulado for o conhecimento teórico e técnico da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação entre o profissional e o usuário, sendo, portanto, necessário uma equipe transdisciplinar e não apenas a visão focal de um especialista (Ministério da Saúde, 2001).

O ser humano deve ser compreendido como alguém que possui capacidades psicossociais (lingüísticas) e psicobiológicas (seu comportamento e expressão não-verbal). Portanto o processo de humanização da assistência acontecerá à medida que nos tornarmos mais consciente deste código não-verbal, que fala da essência do ser humano (Silva, 2002).

A maior expectativa do PNHAH é criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar, para que o processo de humanização da assistência não seja interrompido com as mudanças de direção, chefia ou governo. O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades e para que isto ocorra o primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional que deve ser pautada pelo respeito à cidadania, pela solidariedade dos agentes envolvidos, devendo existir sempre um espaço de comunicação entre gestores, funcionários e usuários para a reconstrução da tão desgastada imagem do serviço público de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Na atual conjuntura, as políticas de solidariedade e apoio mútuo, isto é, de apoio social, representam soluções para muitos dos excluídos que enfrentam longas filas de madrugada nos centros de saúde como nos hospitais públicos (Valla, 1999).

Cuidado solidário une competência técnico científica e humanidade, principalmente nas situações extremas na fronteira entre a vida e a morte. Constatamos, portanto que passamos por uma profunda crise de humanismo (Pessini, 2002b), sendo necessários estudos cada vez mais profundos sobre a problemática moral e ética das ações humanas na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, ou seja, faz-se necessária cada vez mais a aplicação da Bioética ao campo da saúde, pois esta vem agregar valores morais, sejam estes denominados direitos, princípios, virtudes ou cuidado à ética médica (Kligerman, 1999).

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética), sendo definida como o “*estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de*

valores e princípios morais” (Encyclopedia of Bioethics, 1978). O termo Bioética foi criado em 1971 pelo oncologista norte-americano Van Rensselder Potter, da Universidade de Wisconsin, em sua obra “*Bioethics: bridge to the future*” com a finalidade de introduzir conceitos de direitos humanos na investigação científica, numa perspectiva de promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida. Logo depois, foram introduzidos outros valores morais para discussão como integridade da vida, respeito, solidariedade, livre-arbítrio, eutanásia, aborto etc. André Hellegers, obstetra holandês, fundador do Instituto Kennedy de Bioética da universidade de Georgetown foi quem primeiro usou o termo num contexto institucional aplicando-o à ética da medicina e das ciências biológicas, designando-a como área de pesquisa ou campo de aprendizagem que hoje celebramos (Goldim, 1997b), a partir daí, o interesse pela área vêm assumindo contornos inéditos no mundo todo. A Bioética, atualmente, é considerada como sendo a ética aplicada às questões de saúde e da pesquisa em seres humanos, abordando estes novos problemas de forma original, secular, interdisciplinar, contemporânea, global e sistemática, estimulando discussões e reflexões que possibilitem soluções adequadas com perspectiva humanística e holística, fundamentadas nos princípios da justiça distributiva e solidariedade (Fortes, 2000a).

A Bioética surgiu no Brasil, no início da década de 90, em eventos isolados, com repercussões positivas, se disseminando por todo o país como um movimento social e cultural, buscando orientar a sociedade a procurar respostas morais, ou seja, a melhor solução disponível nas circunstâncias reais aos problemas do país (Pegoraro, 2002). Tem oferecido também subsídios teóricos e práticos para diminuir conflitos de interesses e valores que mais e mais se apresentam na administração da saúde pública, pois é de responsabilidade do poder público oferecer o mínimo de quantidade e qualidade de vida e prover assistência à saúde através de políticas públicas que contemplem os interesses e os direitos da população, e também fornecer meios adequados para a realização destas políticas (Valls, 2004).

Uma forma adequada para o desenvolvimento de políticas públicas da saúde seria uma alocação de recursos suficiente. Porém o que se observa é uma política restritiva de alocação de recursos, fundamentada em indicadores e parâmetros epidemiológicos, gerando conflitos com a aplicabilidade da lei 8.080 que legitima o SUS, pois esta não consegue ser aplicada em sua completude (Kligerman, 1999). A percepção da escassez de recursos, frente a necessidades e demandas cada vez

maiores, tem sido uma constante na história da humanidade, principalmente para países como o Brasil, onde há uma legislação de cunho universalista, a lei 8.080 que define as diretrizes do SUS: universalidade de cobertura, igualdade de acesso e integralidade da assistência. Estas diretrizes são de alto teor bioético (Kligerman, 2002), pois vem ao encontro dos princípios fundamentais da bioética, bastante positivos em relação ao respeito pela dignidade humana, tendo em vista que oferece uma linguagem comum na resolução de problemas complexos em contexto pluralista.

Segundo Pessini (2002c) os princípios da Bioética são: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia.

O princípio da beneficência consiste em proporcionar benefícios impondo a obrigação moral de agir em benefício do outro, protegendo, defendendo os direitos, cuidando, ou seja, fazer o bem, com máxima moral desejável (Goldim, 1998b). Não-maleficência significa não causar danos ou mal intencionalmente, devendo levar em consideração o contexto na sua aplicabilidade. Hipócrates, por volta do ano 430 a.C. já propunha aos médicos: *“Pratique duas coisas ao lidar com doenças: auxilie ou não prejudique o paciente”* (Goldim, 1997a). Autonomia não contradiz o respeito à autoridade nem a obediência à norma social, porém o respeito pela autonomia das pessoas como agentes morais capazes de decisões informadas é fundamental num discurso bioético. Portanto sua aplicação se baseia em regras de conduta, que nunca são absolutas, pois existem fatores que reduzem a autonomia e a liberdade (Lolas, 2001). A justiça não é o direito objetivo nem tampouco o direito ideal, é um valor moral onde cada um deve receber o que lhe é proporcional, o que merece, aquilo que tem direito (Goldim, 1997a), isto é, equidade e não igualdade. É por meio da equidade, ou seja, do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais, que se pode alcançar a igualdade e a realização dos direitos humanos universais, entre eles o direito de acesso à saúde (Garrafa e Prado, 2002).

Portanto fazendo uma análise de tais princípios, vemos que os princípios do SUS, estão em sintonia com os princípios da Bioética em busca de uma saúde pública fundamentada na justiça distributiva e na solidariedade (Fortes, 2000).

A saúde pública que pode ser definida como *“a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e obter um ambiente saudável, por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade”*, passa por uma crise de valores que podemos chamar de falta de humanização (Garrafa, 2002).

Segundo Garrafa (2002) para minimizar estes problemas devemos buscar a ética da responsabilidade individual e pública, ter determinações das prioridades de investimento do Estado, ou seja, priorizar recursos públicos para a saúde, porém é fundamental a contribuição de cada um e o comprometimento dentro de uma escala de obrigações de complexidade crescente, mas de deveres proporcionais, na resolutividade do serviço público, que deve iniciar-se com o funcionário administrativo que trata mal o usuário, do maqueiro que age com descaso na entrada do pronto-socorro, do motorista que alega desvio de função ao acomodar um acidentado na ambulância, da auxiliar de lavanderia e da cozinha que descuidam dos preceitos indispensáveis de higiene e limpeza, do médico que atende desleixadamente os doentes, do político que olha seu interesse particular, do burocrata que retarda a liberação de verbas, do ministro que se julga o proprietário único das verbas da nação, e do presidente da república que insiste em não priorizar a saúde dentro das ações políticas do seu governo. Vemos, portanto a importância de cada um no processo de atendimento aos serviços de saúde.

2.2 Política Nacional de Humanização

Em Março de 2004 o Ministério da Saúde, segundo o documento base para gestores e trabalhadores do SUS do Ministério da Saúde (2004) desdobra o PNHAH que passa a ser visto não mais como um programa mas como uma política, sendo denominada de Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Nacional de Saúde - HumanizaSUS, que tem como objetivo estar continuamente investindo no relacionamento servidor e usuário e conduzir um processo permanente de mudança de cultura de atendimento, promovendo o respeito à dignidade humana com os servidores/usuários atravessando as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implicando em:

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

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) a Política de Humanização do SUS - HUMANIZASUS operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. (Ministério da Saúde - 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004) as principais marcas da PNH são:

- Todo usuário tem direito de saber quais são os profissionais que o atendem;
- Redução de filas e do tempo de espera e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e os direitos do código dos usuários do SUS;
- Usuários e trabalhadores têm o direito de participar da gestão de serviços.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos trabalhadores de todo o sistema de saúde.

2.3 Projeto de humanização na SMS

O início do processo de implantação do Projeto de Humanização na S.M.S, deu-se em janeiro de 2001 quando foi realizado um diagnóstico situacional do funcionamento das Unidades de saúde. Em julho a Secretaria Municipal de Saúde-Goiânia participa do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e em novembro do mesmo ano dá início a formação e capacitação da equipe de profissionais para acompanhar a nova prática proposta e neste contexto, o Projeto de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia surge como possibilidade de repensar as práticas em saúde e vislumbrar novas formas de agir que, mesmo em pequenas dimensões, possam contribuir para a reconstrução de serviços de saúde, sendo assim, um convite para que todos se tornem sujeitos da construção de um novo modelo de atenção à saúde, pois humanizar é verbo pessoal e intransferível (SMS, 2003).

O processo de implantação do Projeto de Humanização da Assistência nas Unidades Básicas de Saúde em Goiânia, tem em vista a reconfiguração do modelo de Assistência à Saúde até então médico-centrado, para usuário-centrado, na qual a humanização do atendimento e o compromisso com as necessidades dos usuários sejam a base para a construção do processo de trabalho em saúde (SMS, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde tem como uma de suas diretrizes oferecer atenção à saúde integral e humanizada. Humanizar os serviços significa transformar as relações trabalhador/trabalhador e trabalhador/ usuário a partir da compreensão de que lidamos diariamente com pessoas em situação de dor, ansiedade e sofrimento, as quais procuram as Unidades de Saúde na busca de respostas positivas. (SMS, 2004).

Foi criado um grupo de trabalho dentro da SMS para desenvolver o projeto de Humanização e Acolhimento nas Unidades de Saúde. A partir de estudos sobre a rotina de trabalho nos serviços, foi traçada uma estratégia de Acolhimento que está diretamente relacionada com o acesso dos usuários. O acolhimento é uma proposta de organização e mudança dos processos de trabalho nas Unidades, na qual a recepção ao usuário passa a ser feita por uma equipe multiprofissional capaz de escutá-lo e definir a partir das informações recebidas quais ações necessárias para seu atendimento (SMS, 2004).

O acolhimento é uma das etapas da humanização que segundo a SMS (2004) ainda pressupõe:

- *Responsabilização* das equipes e unidades de saúde com as necessidades dos usuários, atuando de forma a dar respostas e encaminhamentos adequados.
- *Vínculo* dos usuários com a equipe e unidade de saúde, estabelecendo compromisso mútuo para solucionar as situações apresentadas.
- *Resolutividade* dos serviços oferecidos dentro da capacidade técnica e de recursos tecnológicos disponíveis na Unidade e na Rede.

Humanizar consiste fundamentalmente em tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais degradante, doloroso e triste da natureza humana: o sofrimento, a deterioração e a morte (Baremblytt, 2002a).

2.4 Por que humanizar?

Segundo Ferreira (1986), humanização é o ato de humanizar, que por sua vez significa:

- 1) Tornar humano; dar condição humana a; humanar.
- 2) Tornar benévolo, afável, tratável; humanar.
- 3) Fazer adquirir hábitos sociais polidos civilizar.
- 4) Tornar-se humano, humanar-se.

Esta primeira consulta semântica leva-nos à pergunta: O que é o humano? Será que podemos neste começo de século assumir que é humano, o que é afável, benévolo ou que ainda precisaríamos civilizar-nos?

Segundo Pessini (2002a) passamos por uma profunda crise de humanismo, o que tínhamos de humano foi se perdendo durante o tempo.

Segundo Molina (2003) humanismo, ideário no qual existe uma primazia de importância do ser humano e de valores humanos, é uma palavra bastante antiga, encerrando, no seu sentido, significado e conceituação, grande variabilidade ao longo do tempo, fruto das circunstâncias históricas e do espírito de cada época. Em verdade, o humanismo que pode também ser considerado como um conceito,

doutrina, conjunto de idéias, atitudes, ou até mesmo, uma filosofia, é de origem remota, sendo encontrado, nas tradições ancestrais orientais e egípcias, quer filosóficas quer nas correntes místico-religiosas.

Em nossa cultura ocidental, a influência e contribuição na construção do humanismo pode ser encontrada entre os filósofos e intelectuais gregos e romanos, como observamos na máxima “*muitas são as coisas extraordinárias mas nada existe de mais extraordinário do que o homem*” do grego Sófocles, do século V antes de cristo, e a influência do grande Aristóteles, no século IV, onde expressa a visão de que “*o homem é o princípio das ações*” (Molina, 2003).

Segundo Molina (2003) o humanismo se configura de forma diferente em épocas distintas na história:

- O humanismo greco-romano tinha como objetivo trazer tranqüilidade, temperança e o autodomínio para o ser humano, inclusive com uma certa subordinação às leis naturais.
- Durante toda a Idade Média, após o período greco-romano o humanismo se obscurece principalmente pela paradigmática visão judaico cristã do pecado original, quando o homem passa a ser visto como um ser impuro, pecador e inferior, relegando, a segundo plano, a concepção, também judaica-cristã, do homem feito à imagem e semelhança de Deus.
- Na Renascença, através de um movimento reformador (artístico, cultural, científico, religioso, filosófico e literário) que acabou conhecido como o “renascimento”, o humanismo ressurgiu como um produto desse movimento histórico especial, na qual a formação do dito espírito humano, pela cultuação das artes e da ciência, passa a ser o paradigma de todo mundo ocidental. Esse período Renascentista produz uma nova visão do ser humano, principalmente do seu valor intrínseco, passando este a ser visto como algo infinitamente grandioso e valioso.
- No século XX produziu-se um humanismo mais eclético, plural, rico e complexo, passando a abrigar diversas correntes filosóficas e pensadores, porém, todos tinham como ponto central a situação existencial do ser humano. O humanismo passa a ser um vernáculo ou um conceito criado para expressar uma atitude ou doutrina etnocêntrica na qual o homem está no centro de tudo e há uma centralidade da espécie humana na natureza, independentemente se essa concepção e

convicção se baseia em preceitos científicos, filosóficos, antropológicos, sociais, mitológicos ou religiosos, existindo uma confiança total na capacidade que o homem tem de progredir e construir uma sociedade melhor, devendo este ser educado para se tornar um melhor ser humano.

Humanismo não pode ser apenas um estudo do homem mas, sim, para o homem e que jamais deverá ser confundido ou reduzido à prática das virtudes da caridade e piedade. Humanismo não é apenas um conjunto de conceitos, mas tem que ser uma filosofia militante, tornando-se, então, um humanismo concreto e um instrumento da construção de uma sociedade mais justa, fraterna e feliz. Ser humanista é acreditar que cada ser humano é único e insubstituível e cada vida humana um bem inalienável e absoluto (Molina, 2003).

O Humanismo nos ensina que é imoral esperar que Deus haja por nós. Devemos agir para acabar com as guerras, os crimes e a brutalidade desta e das futuras eras. Temos poderes notáveis. Temos um alto grau de liberdade para escolher o que havemos de fazer. O humanismo nos diz que não importa qual seja a nossa filosofia a respeito do universo, a responsabilidade pelo tipo de mundo em que vivemos, em última análise, cabe a nós mesmos (Dias, 1983).

Devemos Ter a compreensão de que o mundo não se esgota com nossa geração. Temos compromisso com as gerações que nos sucederão e, portanto, é fundamental garantir um legado que seja compatível com a dignidade humana (Sicsú, 2003). Nós, seres humanos, somos seres sociais: vivemos nosso ser cotidiano em contínua imbricação com o ser de outros. Para ser humano é necessário crescer humano entre humanos. Embora isto pareça óbvio, esquecemos disso ao esquecermos que se é humano apenas nas maneiras de ser humano das sociedades a que pertencemos. Se pertencemos a uma sociedade que valida o respeito, a honestidade a seriedade nas ações e a veracidade na linguagem, esse será nosso modo de sermos humanos. Ao contrário, se pertencermos a uma sociedade cujos membros validam com sua conduta cotidiana a hipocrisia, o abuso, a mentira e o auto-engano, esse será nosso modo de sermos humanos (Maturama, 1985).

É sabido que mais da metade dos humanos vivem numa condição de miséria, pobreza e exclusão desumanas e o tratamento que o resto da humanidade lhes dá ainda tem pouco ou nada de humanitário e as Declarações dos Direitos

Humanos existentes deixam muito a desejar no seu cumprimento concreto. Para se obter um alto grau de Humanidade para todos os membros da espécie humana consiste em estender e distribuir, integral e igualitariamente à Humanidade, uma série de benefícios e resultados considerados propriedades da condição humana, como por exemplo: atenção às necessidades básicas de subsistência, por mais variáveis que elas sejam (alimentação, moradia, vestuário...), educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de pensamento e de expressão, de ir e vir, de prática política, científica, arte, esporte, tempo livre, culto religioso, e para o que aqui nos interessa especialmente: o cuidado da saúde (Baremlitt, 2002b). Saúde compreendida como expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar por meio de um equilíbrio existencial dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (Fortes, 2000b).

No Brasil, o cidadão tem, formalmente, direito à saúde. A constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, princípios norteadores da Saúde Pública. (Cohn, 1996). Mas será que se pode dizer que o princípio constitucional é eficaz? Que os brasileiros têm realmente direito à saúde?

Fala-se muito hoje da desumanização das instituições de saúde, dos cuidados de saúde. Enfrentamos uma crise civilizacional generalizada, o sintoma mais doloroso é um difuso mal-estar da civilização provocado pelo descuido, pelo descaso e abandono, resumindo pela falta de cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude, abrangendo mais que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, eis a característica singular do ser humano. Porém a espécie humana foi perdendo esta característica e atulhados de aparatos tecnológicos vivemos tempos de impiedade e de insensatez. Segundo Boff *“sob certos aspectos regredimos à barbárie mais atroz”* (Boff, 1999).

A humanização dos cuidados de saúde passa obrigatoriamente pela humanização da sociedade que com o crescente tecnologização do cuidado e com o extraordinário conhecimento das doenças, esqueceu do ser humano enfermo, e equivocadamente, passou a tratar doenças de pessoas e não pessoas que estão doentes (Siqueira, 2002a). A pessoa humana vulnerabilizada pela doença, deixou de

ser o centro de atenções e passa a ser instrumentalizada em função de um determinado fim. Há uma necessidade de resgatar a partir de uma visão holística do ser, em todas as suas dimensões física, social, psíquica, emocional e espiritual. Portanto Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (Pessini, 2002b).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: Usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Ministério da Saúde, 2004).

Humanizar a saúde refere-se portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites, é dar qualidade para a relação. É articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado de acolher o imprevisível, o diferente o singular. Por que a tecnologia sem ética, sem delicadeza, não produz bem-estar, mas muitas vezes desertifica o homem (Cembranelli, 2002).

O processo de humanização deve ser dinâmico e permanente, de reflexão constante, levando em conta que a discussão é necessária para aproximar opiniões, pois segundo Boff (1999) “longo é o caminho do ensinamento pela teoria, curto e eficaz pelo caminho do exemplo”.

Humanização é uma revolução pessoal necessária para que haja revolução social, porque devido ao caráter conservador de todo sistema social, resiste-se a toda inovação social, ao menos inicialmente, e, as vezes, de maneira extrema. Por isso uma mudança social se impõe apenas ou pela sedução, ou porque os novos membros não podem evitar crescer nela. A mudança social genuína em uma sociedade só acontecerá se houver uma mudança genuína na conduta de seus membros. Toda mudança social é uma mudança cultural (Arruda, 2003).

Ser social envolve sempre ir com o outro, e só se vai livremente com quem se ama Cada vez que nos negamos a ajudar ou a compartilhar recorreremos a uma explicação para justificar nossa rejeição, o que prova, por um lado, que toda recusa em ajudar ou compartilhar violenta nosso ser biológico (Boff, 1999). Os problemas sociais são sempre problemas culturais porque têm a ver com os mundos que construímos na convivência. Por isso a solução para qualquer problema social sempre pertence ao domínio da ética, isto é, ao domínio da seriedade na ação frente

a cada circunstância. A saída está sempre à mão porque, apesar da nossa decadência, todos sabemos que vivemos o mundo que vivemos, porque socialmente não queremos viver em outro (Arruda, 2003).

A harmonia social não surge da busca da perfeição a que convidam todos os fanatismos ideológicos mas na aceitação e no respeito pelo outro (Maturama, 1972).

A humanização da saúde não propõe soluções mágicas, nem atalhos fáceis para a resolução de problemas, porém é um processo gradual e complexo que necessitando da participação de todos os envolvidos e usando de criatividade, característica inata do ser humano, buscamos novas formas de cuidar da saúde (Boff, 1999).

Somos criativos quando vamos além das fórmulas convencionais e inventamos maneiras surpreendentes de expressar a nós mesmos e de pronunciar o mundo; quando estabelecemos conexões novas, introduzimos diferenças sutis, identificamos potencialidades da realidade e propomos inovações e alternativas consistentes. Somos cuidadores quando prestamos atenção aos valores que estão em jogo, atentos ao que realmente interessa e preocupados com o impacto que nossas idéias e ações podem causar nos outros. ser cuidador é ser ético, colocar o bem comum acima do bem particular, que se responsabiliza pela qualidade de vida social e ecológica (Boff, 2003).

A humanização do cuidado vai ao encontro com a ética da responsabilidade formulada por Max Weber, pois ela quer que respondamos não apenas pelas nossas intenções ou nossos princípios, mas também pelas conseqüências de nossos atos, tanto quanto é possível prevê-las. Portanto humanizar-se é viver uma ética da prudência, a única ética válida. (Chauí, 1999).

Capítulo III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a partir do enfoque Bioético, o profissional do sistema de saúde pública envolvido no processo de humanização da assistência à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, bem como de sua ação como protagonista deste processo.

3.2 Objetivos específicos

- Delinear a Bioética enquanto instrumento para pesquisa do processo de humanização;
- Conhecer a satisfação e os motivos que o profissional tem ao exercer suas atividades no serviço público de saúde;
- Levantar as variáveis (carga horária, tempo de serviço, jornada de trabalho, religião, salário e outras) que podem interferir em um cuidar mais humanizado por parte dos profissionais estudados;

Capítulo IV

MÉTODO E RESULTADOS

Neste trabalho iniciamos no capítulo I a trajetória histórica do estudo da saúde pública em nível mundial e no Brasil com os principais fundamentos que a norteiam. No capítulo II a formulação do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, e o porquê da necessidade desta nova política de humanização, ou seja, por que humanizar o SUS.

Os capítulos I e II mapearam os aspectos fundamentais que serviriam como base para o estudo aqui proposto, que visa avaliar a partir dos princípios Bioéticos a implantação desta Política de Humanização nas Unidades de Saúde consideradas piloto da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Para avaliar esta implantação foram utilizados testes estatísticos e uma das técnicas estatísticas mais utilizadas nesse campo de estudo é a análise fatorial, que pressupõe que, por trás de uma coerência dos itens de um instrumento, como, por exemplo, uma escala Likert, existe uma lógica que a organiza, que a determina. Ou seja, ao responder uma escala Likert, o sujeito usaria de uma coerência, que é numericamente identificável. Ao aplicar o instrumento em um determinado número de pessoas poderíamos identificar uma coerência nas respostas de uma coletividade, sobre a qual poder-se-ia teorizar um fator organizador, um pensamento social, algo compartilhado por um certo número de pessoas (Bisquerra, 2004).

Neste trabalho, por exemplo, hipotetizou-se que a humanização da saúde estaria ligado a humanização das pessoas envolvidas no processo e não apenas melhorias nas condições de serviço. Através da utilização das escalas que descrevem tal processo, poderemos investigar primeiramente se há uma coerência nas respostas dos sujeitos em cada escala, ou seja, se há um fator socialmente compartilhado determinando as respostas individuais dos sujeitos.

Em segundo lugar, poderemos investigar se uma variável está relacionada a outra, ou dito de outra forma, poderemos investigar se a humanização em saúde

está relacionada com a humanização das pessoas envolvidas no processo de cuidar da saúde ou se é apenas melhoria das condições de trabalho.

Na verdade, por trás da ênfase nas medidas quantitativas nos estudos de representações sociais se encontra a ambição de não apenas descrever o fenômeno, mas de conseguir realmente explicá-lo, explicitar sua estrutura em seus mais diversos aspectos Bisquerra (2004).

Neste capítulo apresentaremos dois estudos realizados. O estudo I que teve como objetivo desenvolver um instrumento para avaliar as atitudes dos profissionais em relação a implantação da política de humanização. Após a validação deste instrumento foi realizado o Estudo II onde investigou-se o impacto da implantação do processo de humanização entre profissionais da SMS.

4.1 Estudo I - Desenvolvimento de um instrumento para avaliar as atitudes relacionadas ao processo de Humanização da saúde e validação deste instrumento

4.1.1 Objetivo

Desenvolver um instrumento para avaliar as atitudes relacionadas à implantação da política de humanização, visto que a mesma está há 3 anos em andamento no Brasil e há 2 anos na Secretária Municipal de Saúde de Goiânia, e propõe modificar a forma de atenção à saúde, e portanto apresenta uma mudança de paradigmas que deveria refletir nas atitudes dos profissionais desta área.

4.1.2 Amostra

Utilizou-se 195 estudantes universitários de uma universidade privada de Goiânia, dos cursos de enfermagem e serviço social. Optamos por estudantes para compor a amostra deste primeiro estudo por que os trabalhadores em saúde da Secretária Municipal de Saúde será utilizado no estudo II e portanto não poderíamos acessá-los neste primeiro momento. Também, por que, esta mudança deverá

acontecer na formação destes profissionais sendo importante analisar as representações sociais que universitários têm do envolvimento com a humanização da saúde e verificar as relações que essas representações mantêm com a visão ideológica desses estudantes. Os alunos responderam individualmente a um questionário, que é o instrumento a ser validado, em aplicação coletiva, no início do primeiro semestre de 2004.

Vale ressaltar que estes cursos foram escolhidos de forma aleatória.

4.1.3 Instrumento e procedimento

O instrumento utilizado (apêndice 1) foi um questionário contendo 5 (cinco) questões sobre características sócio-demográficas, e 32 (trinta e duas) questões sobre humanização em saúde, em formato Likert, variando de 1 (discorda plenamente) a 7 (concorda plenamente).

Este questionário foi respondido individualmente com tempo médio de 30 minutos.

Os 32 (trinta e dois) itens escolhidos para compor o Estudo I foram apresentados em forma de afirmações, como exemplo, a seguir:

- Humanização do servidor público é fundamental para a melhoria do atendimento do serviço de saúde.
- Humanizar o serviço de saúde significa melhorar o salário do servidor.
- O ser humano deve ser compreendido de forma holística.
- O profissional de saúde é responsável pelo sucesso ou pelo fracasso do SUS.

Estes itens sobre a humanização da saúde foram elaborados após a leitura de várias bibliografias estudadas sobre bioética, necessidade de humanização da saúde, legislações sobre o SUS e o PNHAH, o cuidar solidário, etc., sendo itens que nos mostram várias opiniões que existem sobre o assunto.

4.1.4 Análise dos dados sócio-demográficos

No que se refere a faixa etária (Tabela 1), a média de idade dos alunos do curso de enfermagem foi de 24,25 anos e no curso de serviço social é de 29,46 anos.

Tabela 1: Avaliação da faixa etária dos estudantes de Enfermagem e Serviço Social.

<i>Faixa Etária</i>	<i>Enfermagem %</i>	<i>Serviço Social %</i>
De 15 a 20 anos	30,6	9,7
De 21 a 25 anos	43,6	22,9
De 26 a 30 anos	10,5	36,3
De 31 a 40 anos	12,0	6,5
Mais de 41 anos	3,3	3,3
Total	100	100

N = 195 alunos

A maioria dos alunos entrevistados (94,4%) eram do sexo feminino e do curso de enfermagem (65,1%).

Tabela 2: Avaliação dos Cursos de graduação dos estudantes da amostra .

<i>Curso</i>	<i>%</i>
Enfermagem	65,1
Serviço Social	34,9
Total	100

N = 195 alunos

Quanto ao período cursado pelos alunos (Tabela 3) 70,5% dos alunos estavam entre o terceiro e o sexto período.

Tabela 3: Análise dos períodos cursados pelos sujeitos da amostra.

<i>Período</i>	<i>%</i>
1 ao 3	0,5
3 ao 6	70,5
6 ao 9	29,0
Total	100

N = 195 alunos

4.1.5 Resultados das opiniões quanto ao processo de humanização da saúde

Analisou-se inicialmente como os itens relacionavam entre si, através de Análise Fatorial, Valor próprio, Variância Explicada e Fidedignidade, utilizando índices de saturação iguais ou superiores a 0,30, como se pode ver na Tabela 4.

Tabela 4: Análise dos componentes da escala sobre atitudes em relação a humanização da saúde (Cargas Fatoriais, Valor próprio, Variância Explicada e Fidedignidade da escala).

	<i>Itens da escala</i>	<i>Fator 1 Humani</i>	<i>Fator 2 Contra</i>
6	Humanizar é mudar o atendimento oferecido ao usuário, resgatando o respeito e valorizando sua vida.	0,63	
30	A vida é um direito humano.	0,58	
32	Uma equipe multidisciplinar é essencial para o acolhimento do usuário.	0,56	
24	As responsabilidades para com o tratamento do usuário devem ser compartilhadas entre todos os membros da equipe que o atendem	0,55	
12	O profissional deve se sentir responsável pelo usuário.	0,53	
10	Humanização é garantir o acesso dos usuários a todos os serviços de saúde	0,46	
7	O ser humano deve ser compreendido de forma holística.	0,46	
14	Um funcionário respeitado, valorizado e cuja auto-estima é elevada vai, necessariamente prestar um serviço melhor à comunidade.	0,46	
25	O acolhimento a um paciente é fundamental para se formular uma hipótese diagnóstica.	0,45	
26	O serviço de saúde deve tratar a todos igualmente.	0,45	
5	Humanização do servidor público é fundamental para a melhoria do atendimento do serviço de saúde.	0,40	
2	A autonomia do paciente durante um tratamento deve ser respeitada.	0,39	
16	Humanizar o serviço de saúde consiste em humanizar o gestor, o servidor deste serviço.	0,38	
15	Um dos princípios da humanização da saúde é a resolutividade	0,37	
22	Bioética é a ética das ciências da vida e do cuidado da saúde, portanto um profissional de saúde deve pautar seu procedimento em princípios Bioéticos e não apenas éticos.	0,36	
29	Praticar a justiça é dar a cada um aquilo que tem direito, o que lhe é proporcional.	0,35	
19	A fila de espera no serviço público é necessária e é sinal de democratização.		0,58
18	Mesmo numa equipe multidisciplinar é o médico que deve dar a última palavra sobre o tratamento do usuário		0,50
11	Melhoria nas instalações e higienização das unidades de saúde deve ser prioridade no processo de humanização		0,44

4	O programa de Humanização é apenas mais um dos programas do Ministério da Saúde que tentará solucionar o problema da saúde pública.	0,44
3	O médico deve ter o poder de decisão do tratamento do paciente	0,44
21	O atendimento do profissional aos usuários do SUS deve ser entendida como ato de caridade por parte dos servidores.	0,42
8	O médico, ao atender um paciente, deve se concentrar apenas nos sintomas relatados por ele, para planejar o tratamento mais adequado	0,40
1	Humanização do serviço de saúde pública significa apenas o aumento da carga de trabalho dos servidores.	0,38
20	A locação de recursos do SUS é suficiente.	0,38
13	O vínculo que os profissionais de saúde pública tem com o usuário deve se restringir ao ato do atendimento.	0,35
28	O profissional de saúde é responsável pelo sucesso ou pelo fracasso do SUS.	0,32
31	A eficiência de um serviço público depende mais da alocação de recursos do que de seus recursos humanos	0,32
Eigenvalue		4,15 2,88
Variância Explicada		12,96% 9,00%
Alfa de Cronbach		0,75 0,61

Nota: F1 = Representação do grupo a favor da humanização da saúde; F2 = Representação do grupo que tem opiniões contra ao processo de humanização. Apenas as cargas fatoriais com valores absolutos superiores a 0,30 são apresentadas após a rotação *varimax*. Kaiser-Meyer-Olkin = 0,64; Teste de Bartlett = 1127,766; $p < 0,000$.

A análise fatorial da Escala de humanização (Tabela 4) demonstrou que os itens organizam-se em um fator bipolar, composto por itens que descrevem preferência pela humanização e, por outro lado, itens que descrevem a simpatia pela não humanização. No primeiro, reúnem-se os itens que representam as opiniões dos participantes a favor do processo de humanização na saúde, com um valor próprio de 4,15 e coeficiente de fidedignidade 0,75. No segundo aparecem os itens contrários ao primeiro grupo, ou seja, representam opiniões que não condizem com o processo de humanização, com valor próprio de 2,88 e coeficiente de fidedignidade de 0,61.

A medida de adequabilidade da amostra, obtida através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), é de 0,64. Conclui-se, então, que os fatores foram considerados significativos à construção da escala, pois obteve autovalor maior que 1.

Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar os itens mais significativos sobre atitudes em humanização, para confeccionar um instrumento para o Estudo II. Após esta análise, encontramos 4 itens que não apresentavam diferenças significativas entre os grupos, optando-se por retirá-los. Os quatros itens que não discriminavam eram os seguintes:

- Humanizar o serviço de saúde significa melhorar o salário do servidor;
- Os princípios do SUS - Universalidade, integralidade e descentralização estão sendo alcançados;
- A causa do mal atendimento no serviço público é devido à insatisfação do profissional em relação ao salário e más condições de trabalho;
- A desigualdade social justifica um tratamento médico desigual.

Apesar de 4 itens não serem utilizados no estudo inicial, optamos por incluí-los no segundo estudo para observar se existiria alguma alteração em relação a pesquisa com profissionais. Esses resultados serviram de ponto de partida para o planejamento do segundo estudo que será apresentado a seguir.

4.2 Estudo II - Análise correlacional das variáveis e avaliação das informações sobre a implantação do processo de humanização entre profissionais de nível superior das unidades de saúde consideradas piloto pela SMS

4.2.1 Objetivos

- Delinear a Bioética enquanto instrumento para pesquisa do processo de humanização;
- Conhecer a satisfação e os motivos que o profissional tem ao exercer suas atividades no serviço público de saúde;
- Levantar as variáveis (carga horária, tempo de serviço, jornada de trabalho, religião salário e outras) que podem interferir em um cuidar mais humanizado por parte dos profissionais estudados;

4.2.2 Amostra e procedimento

Este trabalho foi realizado tendo como campo de estudo, as dez unidades de saúde do município de Goiânia, definidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia como unidades piloto para a implantação do processo de humanização.

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada em 1988, sendo que até então fazia parte da FUNDEC (Fundação Municipal de desenvolvimento comunitário). Em 1998 houve a municipalização do sistema de saúde, onde algumas unidades deixou de ser estadual e passou a fazer parte do município.

As unidades de saúde do município de Goiânia se dividem em 9 distritos sanitários (Figura 1), pois ocorreu junção dos distritos das regiões Sul/Sudeste e Meia Ponte/Mendanha. Os distritos sanitários com suas respectivas unidades são:

- Distrito Sanitário Noroeste:

Unidades: Cais Finsocial.

Cais Jardim Curitiba
Centro de Saúde Vila Mutirão
Maternidade Nascer Cidadão
Centro de Saúde Conj. Primavera
UBSF Boa Vista
UBSF Estrela Dalva
UBSF Bairro da Floresta
UBSF Recanto do Bosque
UBSF Parque Tremendao III
UBSF Liberdade
UBSF Novo Planalto
UBSF São Carlos
UBSF Vitória
UBSF Morada do Sol

- Distrito Sanitário Campinas:

Unidades: Cais Campinas

Centro de Saúde Vila Santa Helena
Centro de Saúde Vila Canaã
Centro de Saúde Esplanada do Anicuns
Centro de Saúde Setor Rodoviário
Centro de Saúde Setor Fama
Centro de Referência em ortopedia Fisioterapia

- Distrito Sanitário Leste:

Unidades: Cais Novo Mundo
Cais Amendoeiras
Centro de Saúde Aruanã III
Centro de Saúde Conj. Riviera
Centro de Saúde Água Branca
CAPS Novo Mundo
UBSF Vila Pedroso
UBSF Recanto das Minas Gerais

- Distrito Sanitário Sudoeste:

Unidades: Centro de Saúde Vila Mauá
Centro de Saúde Vila União
Centro de Saúde Vila Boa
Centro de Saúde Parque Anhanguera
CIAMS Novo Horizonte
Centro de Saúde Setor Andréia Cristina
Centro de Saúde St. Caravelas
UBSF Residencial Itaipu
Centro de Saúde St. Garavelo
Centro de Saúde Cond. Das Esmeraldas

- Distrito Sanitário Sul/Sudeste:

Unidades: Centro de Saúde Parque Amazônia
Centro de Saúde Chácara do Governador
Centro de Saúde Parque Atheneu
Hospital Psiquiátrico
CIAMS Pedro Ludovico
CIAMS Jardim América
Centro de Saúde Vila Redenção
UBSF Jardim Mariliza
UBSF Parque Atheneu

- Distrito Sanitário Norte:

Unidades: Centro de Saúde Vila Itatiaia
Centro de Saúde Jardim Guanabara III
UBSF São Judas Tadeu
UBSF Distrito de Vila Rica
UBSF Jardim Guanabara I
UBSF Vale dos Sonhos

- Distrito Sanitário Oeste:

Unidades: Cais Bairro Goiá
Centro de Saúde Parque Industrial João Braz
UBSF Vera Cruz I
UBSF Vera Cruz II
UBSF Goiânia Viva

- Distrito sanitário Central:

Unidades: Cais Vila Nova
Centro de Saúde Criméia Leste
Centro de Saúde Negrão de Lima
Centro de Saúde Norte Ferroviário
Centro de Saúde Vila Morais
Unidade de Saúde Mental
Água Viva
CAPS Álcool - CASA
Wassily Chuc
Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica

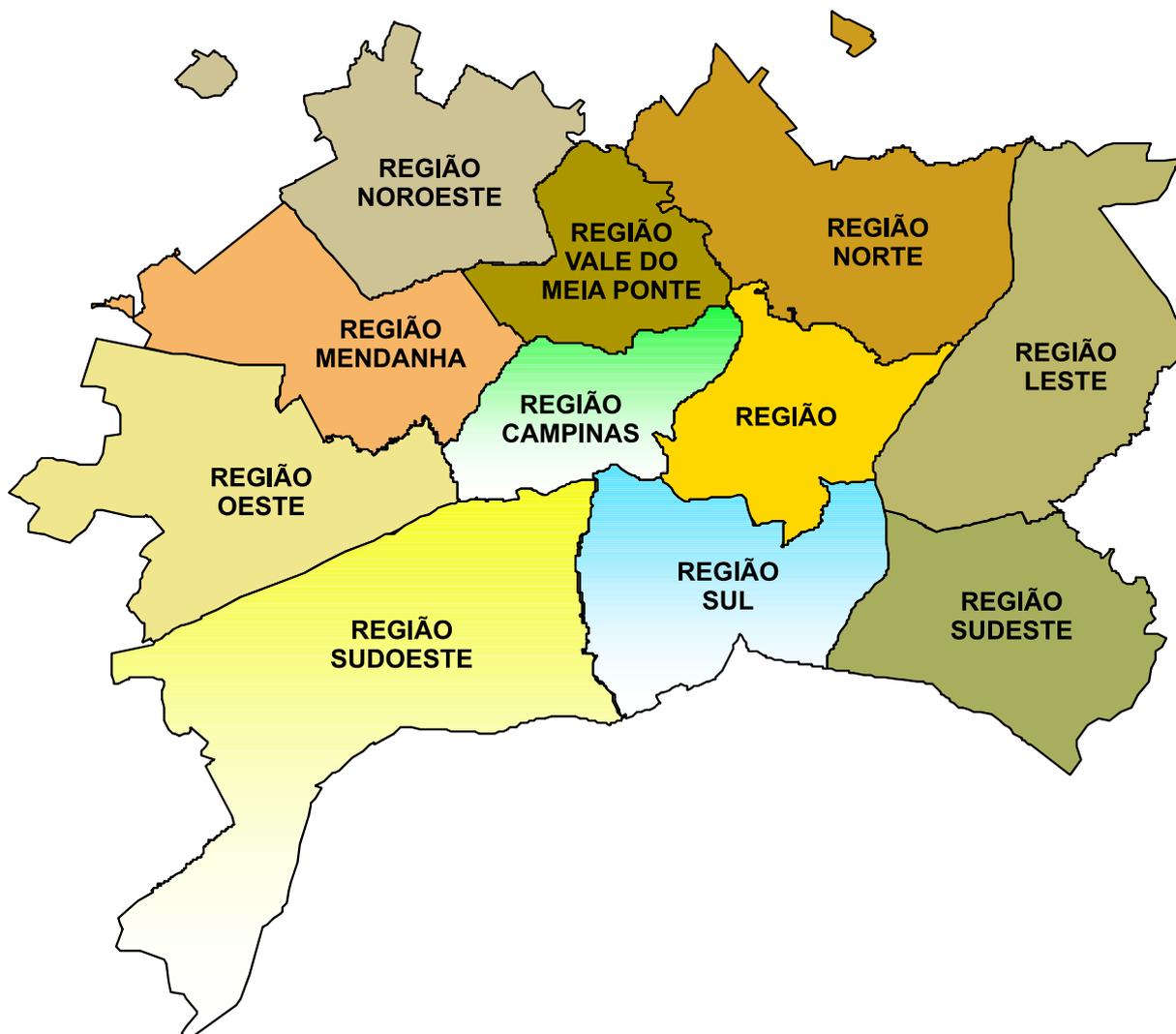


Figura 1: Mapa da divisão do Município de Goiânia em suas regiões.

Fonte: Comdata, 2004.

As dez unidades piloto para a implantação do processo de humanização são:

Cais Finsocial (Distrito Noroeste)

Cais Cândida de Moraes (Distrito Meia Ponte/Mendanha)

Cais Campinas (Distrito de Campinas)

Cais Novo Mundo (Distrito leste)

Cais Amendoeiras (Distrito leste)

CIAMS Novo Horizonte (Distrito Sudoeste)

CIAMS Pedro Ludovico (Distrito Sul/sudeste)

Centro de Saúde Jardim Guanabara III (Distrito Norte)

Cais Vila Nova (Distrito Central)

Cais Bairro Goyá (Distrito Oeste).

Em agosto/2003 foram definidas estas dez unidades como sendo “Unidades Prioritárias”, para iniciar o Acolhimento, cujo critério utilizado foi a maior complexidade por Distrito Sanitário (SMS-2004).

Serão utilizados como objeto de estudo os profissionais de nível superior destas unidades, porém que devem se enquadrar dentro de alguns requisitos:

- Mínimo de 2 anos de vínculo com o serviço público;
- Vínculo efetivo com a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde;
- Aceite espontaneamente a participar da pesquisa, assinando, portanto, o termo de consentimento (Apêndice 3).

A pesquisa será censitária respeitando as diversas categorias profissionais.

Com a autorização da SMS, foram entrevistados os profissionais destas unidades de Saúde, cujo universo amostral é composto por 388 profissionais, porém a amostra do estudo foi de 218 profissionais entrevistados, devido a alguns profissionais não terem respondido o questionário por razões diversas, como: estarem de férias ou de licença médica, licença maternidade e licença prêmio no período de coleta dos dados e ainda por se negarem a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de questionário individual e anônimo, com questões abertas e fechadas, algumas compostas de itens em formato Likert e algumas usando diferencial semântico. Os questionários foram respondidos no local e horário de trabalho dos profissionais, com tempo médio de 30 minutos para respondê-lo.

4.2.3 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (protocolo/2004. No. 081). Os questionários aplicados na realização da pesquisa não foram identificados resguardando a pessoa participante, sendo totalmente respeitado o sigilo de suas observações. Devido os questionários não terem sido identificados o termo de consentimento não foi assinado pelo sujeito, porém o termo de consentimento (Apêndice 3) foi

confeccionado e levado para as unidades caso o profissional exigisse tal instrumento mesmo após a explicação da sua não identificação.

4.2.4 Instrumento

O instrumento utilizado (Apêndice 2) foi um questionário formado por *questões abertas* e fechadas, cujos principais tópicos são:

- Escala de atitudes em relação à humanização: desenvolvida por nós a partir da escala do estudo I com estudantes de uma Universidade Privada de Goiânia. A escala é composta por 32 itens em formato Likert, variando de 1 (discorda plenamente com relação à afirmação) a 7 (concorda plenamente com relação à afirmação).
- Dados sócio-demográficos.
- Itens sobre o grau de satisfação com relação às atividades desenvolvidas pelo profissional no serviço público, variando de 0 (zero) a 10 (dez), sendo que a nota 10 (dez) representa estar extremamente satisfeito.
- Itens sobre o motivo de trabalhar na saúde pública.

4.2.5 Análise dos dados

A análise dos dados obtidos nos questionários será realizado através de análise correlacional das variáveis, onde serão correlacionados dados sócio-demográficos, satisfação com o serviço e conhecimento e aceitação do processo de humanização.

4.2.5.1 Características sócio-demográficas da amostra

A amostra de 218 profissionais foi composta por 67,2% de mulheres e 32,8% de homens.

No que se refere a faixa etária (Tabela 5), 31,7% têm entre 31 e 40 anos de idade com uma idade média de 39,820 e desvio padrão de 10,2379.

Tabela 5: Análise da faixa etária dos sujeitos da amostra.

<i>Faixa etária</i>	<i>%</i>
23 a 25 anos	21,8
31 a 40 anos	31,7
41 a 50 anos	30,3
51 a 60 anos	13,8
61 a 70 anos	2,4
Total	100

N = 218

Quanto ao cargo/função percebe-se que a classe de trabalhadores que mais aparece são médicos conforme Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos profissionais de saúde no serviço público.

<i>Cargo / Função</i>	<i>%</i>
Assistente Social	6,0
Fonodialogia	1,8
Nutricionista	1,8
Biomédico	5,5
Odontólogo	18,3
Farmacêutico	7,8
Enfermeiro	22,5
Médico	30,7
Psicólogo	5,5
Total	100

N = 218

A maior parte dos profissionais entrevistados 42,8% têm mais de 15 anos de profissão (Tabela 7).

Tabela 7: Análise do tempo de profissão dos entrevistados.

<i>Tempo de Profissão</i>	<i>%</i>
5 a 10 anos	37,5
10 a 15 anos	19,7
Mais de 15 anos	42,8
Total	100

N = 218

Com relação ao tempo que exerce a profissão no serviço público (Tabela 8), é interessante notar que 54% tem menos de 10 anos.

Tabela 8: Análise do tempo de exercício de profissão no serviço público.

<i>Tempo no Serviço Público</i>	<i>%</i>
2 a 5 anos	36,6
5 a 10 anos	17,4
10 a 15 anos	16,3
Mais de 15 anos	29,7
Total	100

N = 218

A maioria dos profissionais 58,7% tem uma carga horária menos de 6 horas no serviço público. (Tabela 9)

Tabela 9: Distribuição da Carga horária exercida no serviço público.

<i>Carga Horária</i>	<i>%</i>
2 a 3 horas	1,5
3 a 4 horas	18,4
4 a 6 horas	38,8
Mais de 6 horas	41,3
Total	100

N = 218

Constatamos que 75,2% dos sujeitos entrevistados trabalham em um segundo emprego, ou seja, têm uma segunda jornada de trabalho.

Dos 164 trabalhadores que afirmaram ter uma outra jornada de trabalho 51,8% estão atuando em instituições Privadas.

Tabela 10: Distribuição do local da segunda jornada de trabalho.

<i>Local</i>	<i>%</i>
Serviço Público	39,0
Serviço Privado	51,8
Não Responderam	9,1
Total	100

N = 218

Para esta Segunda função 62% dos sujeitos trabalham entre 2 a 6 horas diária. (Tabela 11), com uma média de 3,0920 e Desvio Padrão de 0,85208.

Tabela 11: Distribuição da carga horária na segunda jornada de trabalho.

<i>Horas Trabalhadas / Dia</i>	<i>%</i>
2 a 3 horas	3,1
3 a 4 horas	22,7
4 a 6 horas	36,2
Mais de 6 horas	38
Total	100

N = 218

A Segunda jornada de trabalho é justificada por 98,7% dos entrevistados devido a necessidade financeira, uma vez que à faixa salarial de 67% é de até R\$ 2000,00 recebidas pelo SUS, como demonstra na tabela 12.

Tabela 12: Avaliação das faixas salariais recebidas pelo serviço público.

<i>Horas Trabalhadas / Dia</i>	<i>%</i>
Até R\$ 1000,00	16,2
De R\$ 1000,00 à 2000,00	50,9
De R\$ 2000,00 à 5000,00	31,5
Mais de R\$ 5000,00	1,4
Total	100

N = 218

Dos entrevistados 76,1% responderam que o maior motivo de se trabalhar no serviço público é a estabilidade profissional, seguida de 8,3% que responderam por ser um mercado de trabalho (tabela 13). A média de satisfação dos profissionais em trabalhar no SUS foi de 6,88 com desvio padrão de 1,69.

Tabela 13: Análise dos motivos de se trabalhar no serviço público.

<i>Motivo</i>	<i>%</i>
Aposentadoria	4,5
Carga Horária	1,4
Estabilidade	76,1
Falta de Opção	1,8
Mercado de Trabalho	8,8
Salário	0,9
Status	0,5
Satisfação em Pertencer ao SUS	1,4
Trabalhar com a Comunidade	4,4
Total	100

N = 218

Quanto a religião dos entrevistados 91,7% responderam ter uma religião, distribuídos conforme a tabela 14.

Tabela 14: Análise das Religiões dos entrevistados.

<i>Religião</i>	<i>%</i>
Católico	61,9
Evangélico	15,6
Espírita	12,4
Outros	1,8
Nenhuma	8,3
Total	100

N = 218

A grande maioria dos entrevistados (62,8%), porém diz serem pouco (1 a 3 dia/mês) a pouquíssimo freqüente (1 dia/mês) a cultos e missas (Tabela 15).

Tabela 15: Freqüências, em porcentagem, com que os entrevistados participam de cultos e missas.

<i>Freqüência</i>	<i>Porcentagem</i>
Muito Assíduo	12,7
Assíduo	24,5
Pouco Assíduo	23,6
Pouquíssimo Assíduo	39,2
Total	100

N = 218

4.2.5.2 Análise da escala de atitudes em humanização dos trabalhadores do serviço público de Goiânia

Foi utilizada a escala validada no estudo I e realizada uma análise fatorial pelo método da análise dos componentes principais, com rotação Varimax, das atitudes em humanização de trabalhadores de unidades de saúde, a qual permitiu visualizar uma estrutura axiológica formada por um fator com itens positivos.

A análise fatorial é utilizada para descobrir os princípios organizadores das diferenças individuais, como defende Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi (1993), e como explicitamos acima uma vez que a abordagem quantitativa das representações sociais (Doise e Cols, 1993) permitiria analisar as representações complexas e polêmicas do envolvimento com o programa de humanização. Essa abordagem apresenta técnicas estatísticas apropriadas ao estudo dos diferentes aspectos das representações. Neste trabalho, utilizaram-se algumas dessas indicações na análise dos princípios organizadores do envolvimento com a humanização e da ancoragem social desses princípios. Através de um questionário contendo escalas sobre adesão à humanização, visão bioética da humanização e autonomia profissional procurou-se abordar, de maneira objetiva, a estrutura dos elementos significativos de uma representação compartilhada por um grupo e a diversidade de interpretações decorrentes de diferentes posições.

Tabela 16: Análise dos componentes da escala sobre atitudes dos profissionais de saúde em relação à humanização. Cargas Fatoriais, Valor próprio, Variância Explicada e Fidedignidade da Escala de Humanização.

	<i>Itens</i>	<i>Fator 1</i>
6	Humanizar é mudar o atendimento oferecido ao usuário, resgatando o respeito e valorizando sua vida.	0,65
7	O ser humano deve ser compreendido de forma holística	0,62
5	Humanização do servidor público é fundamental para a melhoria do atendimento do serviço de saúde.	0,58
15	Um dos princípios da humanização da saúde é a resolutividade	0,58
16	Humanizar o serviço de saúde consiste em humanizar o gestor, o servidor deste serviço.	0,54
14	Um funcionário respeitado, valorizado e cuja auto-estima é elevada vai, necessariamente prestar um serviço melhor à comunidade.	0,53
12	O profissional deve se sentir responsável pelo usuário.	0,52
24	As responsabilidades para com o tratamento do usuário devem ser compartilhadas entre todos os membros da equipe que o atendem	0,51
10	Humanização é garantir o acesso dos usuários a todos os serviços de saúde	0,50
32	Uma equipe multidisciplinar é essencial para o acolhimento do usuário.	0,45
22	Bioética é a ética das ciências da vida e do cuidado da saúde, portanto um profissional de saúde deve pautar seu procedimento em princípios Bioéticos e não apenas éticos.	0,43
25	O acolhimento a um paciente é fundamental para se formular uma hipótese diagnóstica.	0,38
29	Praticar a justiça é dar a cada um aquilo que tem direito, o que lhe é proporcional	0,37
30	A vida é um direito humano.	0,33
02	A autonomia do paciente durante um tratamento deve ser respeitada.	0,32
	Eigenvalue	4,19
	Variância Explicada %	13,08
	Alfa de <i>Cronbach</i>	0,78

Nota: As cargas fatoriais negativas foram invertidas para o cálculo de fidedignidade da escala. KMO = 0,64; Teste de Bartlett = 1176,360; $p < 0,000$.

É interessante notar que os itens da escala que denotavam a ausência de crença na humanização ou até mesmo a ausência de crença na mudança social, foram excluídos da escala por não alcançar carga fatorial mínima. Ou seja, apenas um fator foi suficiente para explicar os posicionamentos das pessoas.

Esses dados são bastante claros em demonstrar que os participantes são a favor da humanização em saúde, e vale ressaltar que esta escala obteve índices de fidedignidade bem expressivos O fator único desta escala explica 13,08 da variância e apresentou alfa de 0.78 e teve um valor próprio de 4,19.

A medida da adequabilidade da amostra obtida através do teste Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,64, e a significância é de 0,000.

Ao realizar Teste-t comparando gênero e humanização mostrou que existe diferença significativa entre os gêneros, sendo que as mulheres apresentam uma média maior de adesão à humanização do que os homens. A média das mulheres foi de 5,92 com desvio padrão de 0,58. Obteve um T de 3,69, gl de 172 e um $p < 0,000$.

Tabela 17: Médias, Desvios Padrões (entre parênteses) e Teste Estatístico do Gênero com a Escala de Humanização.

	Medidas Realizadas		Teste Estatístico		
	Feminino	Masculino	t	gl	p<
Humanizar é mudar o atendimento oferecido ao usuário, resgatando o respeito e valorizando sua vida.	5,92 (0,58)	5,52 (0,84)	3,69	172	0,000

Foi realizada a Anova entre tempo de profissão no serviço público e humanização porém seus resultados não foram significativos mostrando que não houve diferença entre os profissionais novos e os que apresentam mais tempo de serviço público, ou seja as atitudes deles frente à humanização são iguais. Apresentando $F = 1,005$; $p < 0,392$.

Anova realizada entre carga horária de trabalho e humanização também não foi significativo, com resultado $F = 0,924$; $p < 0,431$ (Tabela 18), retratando que a carga horária trabalhada não influencia na humanização do serviço.

Tabela 18: Médias e Teste Estatístico da Adesão aos Valores de Humanização em Função da Carga Horária trabalhada.

	Carga horária				Testes Estatísticos		
	2 a 3 hs	3 a 4 hs	4 a 6 hs	+ de 6 hs	F	p<	gl
Humanização	5,97	5,74	5,7	5,90	0,924	0,431	3,179

Foi realizado um Test-T entre as variáveis humanização e se o profissional trabalha em outro local, obtendo os seguintes resultados $t = -0,29$; $p < 0,772$, o que demonstra não ser significativo a relação entre as variáveis, ou seja, trabalhar em um segundo local não interfere na humanização deste profissional.

A Anova realizada entre o outro local trabalhado, se este é público ou privado não foi significativo, mostrando que um segundo emprego e como este desempenha tal serviço não influencia na humanização do serviço público. Os resultados foram respectivamente $F = 1,221$; $p < 0,0303$.

A correlação realizada entre o salário recebido pelos profissionais no serviço público e o grau de satisfação ao exercerem suas funções, obteve os resultados $r = 0,133$ com nível de significância de $0,055$, mostrando ser um resultado marginalmente significativo.

Capítulo V

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A glória é tanto mais tardia quanto mais duradoura há de ser, porque todo fruto delicioso amadurece lentamente.

Arthur Schopenhauer

A trajetória do processo de humanização nas instituições de saúde tem sido cartografada por vários teóricos (Gastão, 1987; Pessini, 2002; Boff, 1999; Cembranelli, 2002), sendo interessante a perspectiva de que a luta pela humanização dos cuidados em saúde não é dada linearmente, ou seja, não é tão óbvia como uma simples diferenciação entre certo e errado. A complexidade das relações estabelecidas entre o profissional de saúde, o cuidador, e aquele que procura o cuidado transforma-se a cada tentativa de entendimento e de rompimento das barreiras que os separam.

Neste estudo tentou-se uma maior aproximação com a experiência daqueles que manipulam o saber técnico e a tecnologia para cuidar, e que portanto estão de posse de discursos que disfarçados por aparatos técnicos científicos justificam sua atuação desumanizada e desumanizante, sendo representantes fidedignos da sociedade em que estão inseridos.

Em suma, a questão da humanização do cuidado da saúde, da dor e do sofrimento humano, numa perspectiva holística, multi, inter e transdisciplinar é imperiosa. O ser humano é um todo uno, um nó de relações e sempre exige um cuidado que alie competência tecnico-científica e humanismo.

Como já foi discutido no capítulo de humanização, o trabalhador da saúde pública tem diante de si uma série de conflitos: com a instituição pública, com usuários no limiar da dor e do sofrimento, com a falta de recursos e muitas vezes com a falta de capacidades em lidar com o sofrimento.

Diante de tantos embates, o que se espera é que esse trabalhador levante-se todo dia bem disposto e com toda a vitalidade necessária para atuar em saúde pública. O ambiente de trabalho aguarda um profissional que seja capaz de negar a possibilidade de uma relação autoritária para com o sujeito que sofre, e assumir o compromisso de que suas ações sejam baseadas em atitudes solidárias, humanas e com compaixão com este ser, e que seja criativo ao exercerem suas atividades. Portanto que profissional é este? Quais as suas aspirações em relação ao serviço público? Qual o seu nível de satisfação em exercer suas atividades no setor público?

Talvez este estudo não consiga responder a todas estas questões, mas é relevante no sentido de apontá-las para que novos estudos possam aprofundar em tais temas.

O primeiro objetivo a ser investigado foi a importância da bioética como instrumento de pesquisa, pois esta abrange de maneira interdisciplinar todas as ciências da vida, da saúde e do meio ambiente. Um campo de estudos em franco crescimento, a Bioética é uma área para pessoas que vivem a mais antiga “angústia” do ser humano: o destino inexorável de fazer perguntas e a busca interminável pelo crescimento. Como Humanização é a mudança de comportamento dos atores envolvidos, e uma busca constante de melhora do próprio ser, por isso utilizamos a Bioética por esta se constituir como um espaço de diálogo essencialmente multidisciplinar e uma busca constante de respostas aos problemas da vida.

Os outros objetivos quanto ao processo de humanização foram avaliados através de análises estatísticas.

Ao realizar um Teste t analisando a adesão à humanização com gênero, constatou-se que as mulheres apresentaram uma média de maior adesão à humanização que os homens mostrando que as mulheres tem uma maior afinidade ao programa de humanização talvez pela sua própria natureza de cuidar como mostra Boff (2003) quando diz que “resgatar o cuidado é resgatar a dimensão feminina do ser humano, que é da essência do feminino no homem e na mulher: o proteger e o cuidar”. Portanto sugere-se novos estudos que possam aprofundar como são percebidas as estratégias de cuidado dos profissionais do sexo masculino e porque da dificuldade destes em aderir ao programa de humanização.

Dos profissionais entrevistados 30,7% são médicos, seguido pelos enfermeiros (22,5%) justificados não pela facilidade de coleta dos dados mas sim por serem os profissionais que perfazem a maior contingência de servidores públicos da saúde.

Com relação à variável idade, é importante ressaltar que há um ligeiro aumento da média de idade entre os trabalhadores da saúde pública (média de 39,82 com desvio padrão de 10,2379) e isto demonstra ser uma amostra qualificada para a nossa pesquisa pois são profissionais que apresentam maturidade. Mas o interessante é o fato de 54% dos profissionais entrevistados terem menos de 15 anos de profissão e menos de 10 anos de atuação no serviço público, o que denota ser uma população jovem, alguns recém-formados. Este resultado aponta para um problema que é perceber que mesmo os mais novos não apresentam ter embasamento teórico adequado a respeito da humanização, como foi constatada quando se fez a Análise de Variância (ANOVA) entre tempo de profissão e humanização, com resultado não significativo. O que demonstra que a forma de atuação tanto dos mais novos de profissão no serviço público como os mais velhos são iguais, o que é preocupante porque a humanização sendo um paradigma novo não tem adesão dos mais novos e estes por estarem entrando no serviço público e que deveriam propor e buscar mudanças, no entanto agem como os que já estão com muitos anos no serviço público, acomodados com a sua situação e com a realidade existente. Este estudo não consegue responder o que fomenta esta relação. Pode-se fazer suposições para futuros estudos: investir em uma educação mais humanizada? Trabalhar com o “novo” profissional que esta entrando no serviço público mostrando a verdadeira realidade deste? A realidade do serviço público propicia meios mais concretos e facilitadores ao bem estar do trabalhador? Como deve estar a autonomia profissional destes trabalhadores?

Falamos em autonomia pois esta é fundamental no exercício da profissão, já que segundo Goldim (1998c) “a sociologia das profissões costuma identificar que quanto menor a autonomia profissional menor o grau de profissionalismo. Autonomia não significa que as pessoas funcionem independentemente uma das outras, mas que deve ser analisada de forma coletiva, pensando no bem comum” e esta autonomia muitas vezes faltam aos profissionais do serviço público, porém esta autonomia não foi objeto de estudo deste trabalho.

Analisando os dados referentes à carga horária semanal e variável humanização também não foi significativa, demonstrando que o tempo que os profissionais permanecem no serviço público não interfere na sua forma de ação. O tempo de trabalho não é uma variável que influencia em um melhor atendimento por parte dos trabalhadores, ou seja, a carga horária exaustiva seria um fator que

poderia ir contra os princípios da humanização, porém o que se observa é que 58,7% dos trabalhadores trabalham menos de 6 horas o que não é considerado uma carga horária problema. Portanto outros fatores estão influenciando neste não cuidar humanizado por parte dos trabalhadores e estes fatores devem ser identificados e trabalhados para que realmente este programa tenha sucesso, pois o sucesso ou fracasso de qualquer política depende da possibilidade e do modo de sua apropriação pela população à qual se destina, portanto da natureza e qualidade dos processos comunicacionais que a constituem e a viabilizam, ou seja falar, motivar e reconhecer os servidores como pessoas portadoras de problemas é fundamental.

Constatou-se que 75,2% dos sujeitos entrevistados trabalham em um segundo emprego, ou seja, têm uma segunda jornada de trabalho. Dos trabalhadores que afirmaram ter uma outra jornada de trabalho, 51,8% estão atuando em um serviço privado. Sendo que para esta segunda função eles trabalham uma média de 3,0920 horas com desvio padrão de 0,85208. A segunda jornada de trabalho é justificada pelo salário insuficiente recebido no serviço público, pois 67% dos entrevistados recebem um salário de até R\$ 2.000,00.

Através da Análise de variância comparando o serviço humanizado no serviço público com o trabalhar no serviço privado também não deu significativo mostrando que múltiplos contratos de serviço não diferencia a sua forma de trabalhar no público. Supõe-se que deveria interferir na forma de trabalhar no público pois o serviço privado exige qualidade, uma forma diferente em agir com o paciente, pois este está pagando e reclama esta qualidade. Siqueira (2002b) em seu trabalho constata esta realidade catastrófica onde os pacientes do serviço público tem um atendimento insatisfatório em relação ao serviço privado e Nunes (2002) constata em seu trabalho que grande parte dos usuários do serviço público aceita as condições do mesmo e o considera bom só por sua existência, sob o conceito de haver gratuidade no atendimento do serviço, portanto não reclamam. A humanização do serviço público só será efetivada com a participação da sociedade, a partir do controle social, pois somente com a adesão e participação dela é que vai criar novas estruturas relacionais. Portanto sugere-se novos trabalhos com a população e a sua relação com o programa de humanização.

Com relação ao grau de satisfação dos servidores ao trabalhar no serviço público foi obtida uma média de 6,88 com desvio padrão de 1,69. É um valor positivo mas que seria baixo para profissionais que lidam com a vida cuja satisfação

em exercer seu trabalho deveria ser bem maior. Pois como já foi dito anteriormente espera-se que este profissional vá para o serviço carregado de todos os bons sentimentos para enfrentar problemas como a dor e o sofrimento que aguardam ansiosos por uma melhora. Acredita-se ser necessário a realização de novos trabalhos que busquem a causa da satisfação baixa ao exercerem suas atividades, pois um dos pressupostos para esta baixa satisfação seria o salário, porém, fazendo correlação entre o salário e o grau de satisfação mostrou ser marginalmente significativo, ou seja o salário não é um motivador mas age como um desmotivador, como explica Herzberg (1966) o salário é considerado como necessidade fisiológica e se não satisfeitos geram insatisfações ao passo que satisfeitos não geram satisfação, ou seja, salários, condições físicas de trabalho e benefícios podem causar insatisfação e, se adequados, não motivam as pessoas. Segundo Brandão (2001) a origem da motivação humana está em suas necessidades internas e não nos fatores externos que satisfazem essas necessidades.

O maior motivo pelo qual estes profissionais trabalham no serviço público é a estabilidade que o serviço lhes dão, apesar de muitas vezes não cumprirem seus deveres como se deve. Entra aqui a figura dos gestores em estar punindo e exigindo qualidade no cumprimento de suas tarefas pois sabemos que Humanização é uma proposta inovadora que exige mudança de comportamento de todos os atores envolvidos (gestores, usuários e profissionais da saúde). Com relação aos profissionais de saúde esta postura vem sendo discutida dentro do processo de capacitação, porém há a necessidades de uma mudança de postura dos gestores que ainda são incipientes e na prática percebe-se muito sua importância pois são eles que deverão dar respaldo aos profissionais de saúde para que a nova proposta se consolide.

Quando Marx fala de alienação, ele fala que o trabalhador muitas vezes não sabe para que trabalha e interrogá-los pode ajudar às pessoas a procurarem o sentido do seu trabalho (Marx, 1985), que para os profissionais de saúde poderiam não ser apenas a estabilidade.

Outro fator relevante na análise dos dados foi quanto a crença dos profissionais onde foi encontrado que 91,7% dos entrevistados apresentam uma religião, porém, destes 62,8% dizem freqüentar muito pouco missas e cultos religiosos. Através da análise de variância entre religião e humanização destes profissionais também não foi significativo com $F = 1,221$; $p < 0,303$, o que

demonstra que apesar de quase 100% dos profissionais ter uma religião, os valores religiosos não estão interferindo no cotidiano destes trabalhadores, e uma tentativa de explicar este fator seria a pouca assiduidade e não viver realmente segundo suas crenças, pois na sagrada escritura em 700 anos a.C, no livro do Êxodo, já demonstra os princípios da humanização que é o ver, ouvir e conhecer o outro, como esta escrito: o Senhor disse: *“Eu vi a aflição do meu povo e ouvi seus clamores por causa de seus opressores. Sim: eu **conheço** seus sofrimentos.”* (Êxodo 3,7). Portanto ter princípios religiosos deveriam ser acompanhados de ter obrigatoriamente princípios humanitários, porém estes valores são ofuscados pelos valores impostos pela sociedade que vivemos atualmente que são o neoliberalismo, o individualismo e o hedonismo. O profissional que adere a humanização caminha na contra-mão do modelo excludente da lógica neoliberal. Portanto o processo de humanização deve ser dinâmico e permanente, de reflexão constante para ir contra tudo que existe de anti-humanismo. A discussão é necessária para aproximar opiniões.

Após a análise dos dados levantados podemos concluir que o instrumento utilizado neste estudo necessite de futuras reformulações pois novos fatores poderiam ser incorporados para análise que contribuiriam para mapear ainda mais os parâmetros que norteiam a humanização dos profissionais de saúde. Tais fatores talvez não foram incorporados a este instrumento por falta de trabalhos anteriores sobre tal assunto, que embasasse este estudo.

O que este estudo consegue apreender é que existe uma necessidade de qualificação dos trabalhadores, de acordo com os princípios do programa de humanização. Segundo Levai (2004) a verdadeira mudança de comportamento e de mentalidade decorre da educação. Talvez, o que nossos estudos estejam apontando seja justamente isto: a educação é fundamental para a implantação da humanização com novas propostas pedagógicas que melhor atendam as necessidades do ser humano enfermo. Segundo Arruda (2003) esta educação deve ser estruturada sobre os eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser, aprender a desenvolver-se sempre mais, enquanto indivíduo e enquanto ser social, ou seja, criação não de objetos, mas sim de sujeitos conscientes e ativos. Haverá sempre os pragmáticos dizendo que toda proposta que ultrapassa a realidade atual é utópica, pois sabemos que superar valores culturais construídos no decorrer de muito tempo não é tarefa fácil, mas..

Faltam lhes a percepção de que as transformações qualitativas tendem a superação da ordem, do modo de relações sociais, sendo isto que enfatiza o novo jeito de fazer saúde com a implantação do programa de humanização.

Outro fator que pode ajudar na estruturação do programa de humanização é o processo motivacional dos trabalhadores pautada em quatro pontos:

- a perspectiva de futuro/ os desafios;
- o afeto/o reconhecimento;
- o poder/o prestígio;
- a participação/a realização.

Outro importante inviabilizador da humanização é o modelo de atenção centrado em especialidades, fragmentando o ser humano em partes isoladas, pois infelizmente, o modelo de ensino vigente nos cursos da área da saúde privilegia o biólogo em detrimento do ser humano biográfico. Como resultado formam-se especialistas em doenças, despreparados, entretanto, para cuidar de pessoas enfermas. (Siqueira, 2004). Enquanto que num atendimento ideal como já foi mencionado acima, o ser humano tem que ser visto de forma holística.

Com o Programa de Humanização, ganha o Sistema Único de Saúde, ganha a sociedade brasileira, ganha a cidadania. Mas não esperemos que este programa contenha soluções mágicas e nem atalhos fáceis para a melhoria da saúde pública. A mudança no modelo assistencial é um processo gradual e complexo pois necessita de 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.

A Bioética, dentro de uma proposta pluralista e interdisciplinar, que lhe é inerente, tem o dever de entender os diferentes posicionamentos a partir das crenças religiosas, dos sentimentos conflitantes entre o legal e o social e acima de tudo o lado humano através de suas emoções. Segundo Segre (1999) “é necessário esclarecer cuidadosamente as questões que dizem respeito às necessidades, os interesses e os direitos da sociedade, pois esta é uma abstração, enquanto o indivíduo é uma concreção”.

Considerando-se a importância da avaliação das práticas de saúde, como um instrumento orientador para a qualidade da assistência prestada, este estudo tem em seu bojo a possibilidade de contribuir de forma positiva nos diversos campos

nos quais a atenção à saúde encontra-se inserida e com os quais se inter-relacionam, porém há a necessidade de novos estudos que tentem captar esta nova fronteira que aqui se detectou: a dificuldade da humanização dos serviços de saúde pública e os fatores que contribuem para esta realidade, realidade que está relutando em incorporar o novo. Novas pesquisas poderão contribuir para entendermos os caminhos da humanização da saúde brasileira. Saúde que se diz respeito tanto à usuários dos serviços como dos profissionais que lá atuam.

“Não podemos hesitar quando chega o tempo de plantar sementes de nossas mais altas esperanças”

Fernando Cembranelli

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S. H. *Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

AFIFI, A.; BRESLOW, L. *The mature paradigm of public health*. Rev. Public Health, n. 15, 1994. p 223-235.

ARRUDA, M. *Humanizar o infra-humano: a formação do ser humano integral: homo evolutivo, práxis e economia solidária*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. *Regulação e saúde*. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BAREMBLITT, G. *Manual de humanização da assistência hospitalar*. Região Centro-Oeste. 2002a.

BAREMBLITT, G. *O que se entende por humanidade e humanização?* Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Manual de humanização da assistência hospitalar. Região Centro-Oeste. 2002b. Disponível em: <<http://www.ceidigital.com.br/humanizab/sala-leitura2.php?id=3>> Acesso em 30. Jun.2003.

BERTOLLI, C. F. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001. p. 14-15.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTINEZ, F. *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOFF, L. *Carta da terra: é preciso cuidar da vida*. Revista Mundo Jovem. Junho-Julho. 2003.

BRANDÃO, N. L. S. *Ninguém motiva ninguém*. Revista de administração em saúde. v. 4, n. 13. out./dez. 2001.

BRASIL, Secretaria de assistência à saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil*. A política de gestão da assistência à saúde. 1998-2002. Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde. Brasília. 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Brasília. 2001.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil*. Descentralização da assistência à saúde. 1998-2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 2002.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. *Representações sociais e história: referências teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva*. Cad. Saúde Pública, abr./jun.2000, v. 16, n. 2, p. 499-506. ISSN0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttextepid=S010211X2000000200020eIng=ptenrm=isso>>.ISSN 0102-311X.> Acesso em: 1 jul. 2003.

CARVALHO, D. M. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. Reescrevendo o público. São Paulo: Ed. Xama, 1998.

CASTRO, A. M. *Introdução ao pensamento sociológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1976.

CEMBRANELLI, F. *Comitê técnico do programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CHAUI, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ed. Ática, 1999.

COELHO, V. S. P. *Interesses e instituições na política de saúde*. Rev. Bras, Jun. 1998, v. 13, n. 37, p. 115-128. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttextepid=S0102-69091998000200007>. Acesso em: 01 jul. 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996.

COHN, A.; MANGEON, P. E. *Eqüidade e reformas na saúde nos anos 90*. Cad. Saúde Pública, 2002, vol. 18, p. 173-180. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 2 jul. 2003.

COHN, A. *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*. 8º congresso Mundial de Medicina Social. Guadalajara, México: 1994.

COSTA, R. C. R. *Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990*. Rev. de sociologia e política. n. 18. Curitiba: jun. 2002.

DALLARI, S. G.; VENTURA, D. F. L. *O princípio da precaução: dever do estado ou protecionismo disfarçado?* São Paulo: Perspect, abr./Jun. 2002. v. 16, n. 2, p. 53-63.

DIAS, R. *Língua e literatura*. v. 1, 6. ed. Ed. Ática, 1983.

DOISE, W.; CLÉMENCE, A.; LORENZI-CIOLDI, F. *The quantitative analysis of social representations*. Hempel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1993.

DRAIBE, S. M.; VIANA, A. L. D.; SILVA, P. L. B. *Desenvolvimento de políticas de saúde*. O caso brasileiro. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPAS; 1990.

ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. New York 1978. v. 1, p-19.

FADUL, W. *Minha política nacional de saúde*. Saúde em debate. abr./jun. 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.

FERREIRA, J. R. La crisis. In: *Organización panamericana de la salud*. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: 1992. p. 233-236.

FERREIRA, S. M. G. *SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. Principais sistemas de informação de abrangência nacional. V. II. Ed. Raiz. São Paulo: 2001.

FORTES, P. A. C. *Bioética e saúde pública: tópicos de reflexão para a próxima década*. O mundo da Saúde. São Paulo: ano 24, v. 24, n. 1, jan./fev. 2000a.

FORTES, P. A. C. *O mundo da Saúde*. São Paulo: ano 24, v. 24, n. 1, 2000b. p. 31-37.

GARRAFA, V. *Saúde pública, bioética e equidade*. Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília: 2002.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. Saúde pública, justiça e mercado. *Um olhar Bioético sobre interesses inconciliáveis*. 2002. Disponível em: <<http://www.bioethicscongress.org.br/portugues/textos/olhar.htm>> Acesso em: 03 set. 2004.

GASPARI, E. *O dedo da saúde*. Folha de São Paulo, p. A-7, 28 maio. 1997.

GASTÃO, W. S. C. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas*. O caso da saúde. Campinas: Mimeo. 1987.

GOLDIM, J. R. *Princípio da não-maleficência*. 1997a. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/naomalef.htm>> Acesso em: 23 maio 2003.

_____. *Bioética e interdisciplinariedade*. Educação, subjetividade e poder 1997b; 4:24-8. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/biosubj.htm>> Acesso em: 21 jul. 2004.

_____. *Direito*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg?leiconce.htm>> Acesso em: 23 maio 2003.

_____. *Bioética clínica*. 1998a. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioétclin.htm>> Acesso em 18 jun. 2003.

_____. *Princípio da beneficência*. 1998b. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/benefic.htm>> Acesso em 23 maio 2003.

_____. *A evolução da definição de bioética na visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioetev.htm>> Acesso em: 23 set. 2004.

HEIMANN, L. S. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

KLIGERMAN, J. *Bioética em Saúde Pública*. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 48, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/rbc/n48/v03/editorial.htm>> Acesso em: 18 abr. 2004.

_____. *Bioética e política de saúde pública*. Revista Brasileira de Cancerologia. Ministério da Saúde. v. 45, n. 1. jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/rbc/n45/v01/editorial.htm>> Acesso em: 18 abr. 2004.

LEVAI; L. F. *Direito dos animais*. 2. ed. Ed Mantiqueira, 2004.

LIMA, M. B. C. *Prioridades para a saúde*. Uma longa e árdua luta. Rio de Janeiro: Arte Moderna, 1981.

LOLAS, F. *Bioética. O que é, como se faz*. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

LUMERTZ, S. L.; LUMERTZ, P. R. R.; LUMERTZ, M. L. *Responsabilidade jurídica do médico*. Porto Alegre: Ed Renascença, 1997.

MACEDO, C. G. El contexto. In: *Organización Panamericana de La Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: 1992. p. 237-243.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. v. I, Livro primeiro; São Paulo: Ed Nova Cultural, 1985.

MATURAMA, H. R.; VARELA, F. J. *De maquinas y seres vivos*. Santiago do Chile: Editorial Universitária, 1972.

MATURAMA, H. R. *Biologie der Sozialität*. Delfin, v. V, p. 6-14. Biologia do fenômeno social, 1985.

MEIHY, J. C. S. B e BERTOLLI FILHO, C. *História social da saúde*. São Paulo: Cedhal/USP, 1990.

MENDES, V. L. P. S. *Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania*. Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde. Brasília: 2002.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SA DE. Secretaria-Executiva. *Núcleo técnico da política nacional de humanização*. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOLINA, A; DIAS, E. *Bioética e Humanização: vivências e reflexões*. In: _____. Bioética e Humanização. Recife: EDUPE, 2003.

MORREIN, E. H. *Bioethics the saurus - BIOETHICSLINE*. Washington: Kennedy Institute of Ethics, 1994.

NATALINI, G. *SUS - O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. Princípios básicos do SUS. Associação Paulista de Medicina. V. 2. São Paulo: Ed. Raiz, 2001.

NUNES, C. R. R. *O Acolhimento e a ética na humanização da assistência à saúde*. Anais do Sexto congresso Mundial de Bioética. Brasília: 2002 p. 252.

OLIVA, A. M. H.; COSTA, O. V. *Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil*. Tempo Social. v. 11, n. 2. p. 199-217. São Paulo: 2000.

OLIVA, A. M. H. *Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate*. Tempo Social. USP. 1(2), p. 105-119. São Paulo: 1985.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?* Rev. Saúde Pública. São Paulo. v. 32, n. 4, p. 299-316. 1998.

PAIM, J. S. *Saúde, crises, reformas*. Salvador, BA. Centro editorial e didático da UFBA, 1986.

_____. *Perspectivas do Sistema Público de Saúde no Brasil*. Associação Baiana de Medicina. Janeiro: 1997.

_____. *Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "saúde para todos"*. Série Estudos em Saúde Coletiva. n. 174. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

PEGORARO, O. A. *Ética e Bioética*. Da subsistência à existência. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

PESSINI, L. *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar*. Bioética 10(2): p. 51-72, 2002a. Disponível em: < <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio10v2/simposio1.htm> > Acesso 23 maio 2003.

_____. *Bioética e o cuidado do bem-estar humano: a ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde*. 2002b.

_____. *Problemas atuais de Bioética*. 6. ed. São Paulo: Loyola. 2002c.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 1994.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE - GOIÂNIA. *Departamento de rede básica proposta de trabalho GT humanização*. Janeiro: 2003.

SEGRE, M. *Atualidades*. Bioética, vol. 7, n. 1. 1999, p. 145.

SERRA, J. *As duas reformas da Saúde*. SUS - O que você precisa saber sobre o Sistema Nacional de Saúde. v. II. Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Ed Raiz, 2001.

SICS, A. B.; MORAES, A. *O ambiente e a tecnologia: um enfoque necessário em bioética*. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Recife: EDUPE, 2003.

SILVA, A. C. P. *Direito à saúde*. São Paulo: s.c.p., 1934. p. 56.

SILVA, M. J. P. *O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde*. Bioética; 10(2): p. 73-88, 2002. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio10v2/simposio2.htm>> Acesso em: 30 out. 2004.

SIQUEIRA, J. E. *A arte perdida de cuidar*. Bioética v. 10, n. 2. 2002a, p. 89-106.

_____. *Avaliação da relação médico-paciente em serviço de atendimento público e privado*. Anais do Sexto congresso Mundial de Bioética. Brasília: Nov. 2002b. p. 306.

_____. *Comunicamo-nos adequadamente com nossos pacientes*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004. v. 50, n. 1, 2004 p. 7.

SOUZA, R. R. *O sistema público de Saúde Brasileiro*. Foro de Europa y Lãs Américas sobre reforma Del setor Salud na Espanha, Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

STEPAN, N. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

VALLA, V. V. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. Cad. Saúde Pública, 1999, vol. 15, p. 7-14. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 4 ago. 2004.

VALLS, A. L. M. Da. *Ética a Bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *RENEWING THE HEALTH FOR ALL STRATEGY: ELABORATION OF A POLICY FOR EQUITY, SOLIDARITY AND HEALTH*. Geneva. 1995.

YIDA, Massako. *Cem anos de saúde pública*. São Paulo: Editora da Unesp, 1994.

APÊNDICES

Apêndice 1

Questionário estudo 1

Caro aluno(a),

Este trabalho faz parte de uma dissertação de mestrado realizado na Universidade Católica de Goiás (UCG), onde é avaliado a implantação do processo de humanização na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Gostaria de contar com a sua colaboração respondendo sinceramente às questões abaixo. Não há respostas certas ou erradas, responda rapidamente e não passe à questão seguinte sem ter respondido a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime de sua opinião pessoal. Não é necessário identificar-se, pois o nosso interesse não se dirige ao conhecimento dos indivíduos, mas do grupo. Neste sentido, ficará totalmente respeitado o sigilo de suas informações.

Muito Obrigado!

Dados Sócio-Demográfico

- 1 - Idade: _____
- 2 - Sexo: Feminino Masculino
- 3 - Curso: Enfermagem Serviço Social
- 4 - Período: _____

Instruções

Na tabela abaixo, você encontrará algumas informações relacionadas ao tema humanização da saúde, marque o item que melhor represente sua opinião pessoal, utilizando o seguinte critério. Marque:

- 1. Se você **discorda plenamente** com relação à afirmação
- 2. Se você **discorda** com relação à afirmação
- 3. Se você **discorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 4. Se você está **em dúvida** com relação à afirmação
- 5. Se você **concorda apenas com parte** com relação à afirmação
- 6. Se você **concorda** com relação à afirmação
- 7. Se você **concorda plenamente** com relação à afirmação

	<i>Discorda plenamente</i>	<i>Discorda</i>	<i>Discorda apenas em parte</i>	<i>Em dúvida</i>	<i>Concorda apenas com parte</i>	<i>Concorda</i>	<i>Concorda plenamente</i>
1 Humanização do serviço de saúde pública significa apenas o aumento da carga de trabalho dos servidores.	1	2	3	4	5	6	7
2 A autonomia do paciente durante um tratamento deve ser respeitada.	1	2	3	4	5	6	7
3 O médico deve ter o poder de decisão do tratamento do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
4 O programa de Humanização é apenas mais um dos programas do Ministério da Saúde que tentará solucionar o problema da saúde pública.	1	2	3	4	5	6	7
5 Humanização do servidor público é fundamental para a melhoria do atendimento do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
6 Humanizar é mudar o atendimento oferecido ao usuário, resgatando o respeito e valorizando sua vida.	1	2	3	4	5	6	7
7 O ser humano deve ser compreendido de forma holística.	1	2	3	4	5	6	7
8 O médico, ao atender um paciente, deve se concentrar apenas nos sintomas relatados por ele, para planejar o tratamento mais adequado.	1	2	3	4	5	6	7
9 Humanizar o serviço de saúde significa melhorar o salário de servidor.	1	2	3	4	5	6	7
10 Humanização é garantir o acesso dos usuários a todos os serviços de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
11 Melhoria nas instalações e higienização das unidades de saúde deve ser prioridade no processo de humanização.	1	2	3	4	5	6	7
12 O profissional deve se sentir responsável pelo usuário.	1	2	3	4	5	6	7
13 O vínculo que os profissionais de saúde pública tem com o usuário deve se restringir ao ato do atendimento.	1	2	3	4	5	6	7

14	Um funcionário respeitado, valorizado e cuja auto-estima é elevada vai, necessariamente prestar um serviço melhor à comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
15	Um dos princípios da humanização da saúde é a resolutividade.	1	2	3	4	5	6	7
16	Humanizar o serviço de saúde consiste em humanizar o gestor, o servidor deste serviço.	1	2	3	4	5	6	7
17	Os princípios do SUS - Universidade, integralidade e descentralização estão sendo alcançados.	1	2	3	4	5	6	7
18	Mesmo numa equipe multidisciplinar é o médico que deve dar a última palavra sobre o tratamento do usuário.	1	2	3	4	5	6	7
19	A fila de espera no serviço público é necessária e é sinal de democratização.	1	2	3	4	5	6	7
20	A locação de recursos do SUS é suficiente.	1	2	3	4	5	6	7
21	O atendimento do profissional aos usuários do SUS deve ser entendida como ato de caridade por parte dos servidores.	1	2	3	4	5	6	7
22	Bioética é a ética das ciências da vida e do cuidado da saúde, portanto um profissional de saúde deve pautar seu procedimento em princípios Bioéticos e não apenas éticos.	1	2	3	4	5	6	7
23	A causa do mal atendimento no serviço público é devido à insatisfação do profissional em relação ao salário e más condições de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
24	As responsabilidades para com o tratamento do usuário devem ser compartilhadas entre todos os membros da equipe que o atendem.	1	2	3	4	5	6	7
25	O acolhimento a um paciente é fundamental para se formular uma hipótese diagnóstica.	1	2	3	4	5	6	7
26	O serviço de saúde deve tratar a todos igualmente.	1	2	3	4	5	6	7
27	A desigualdade social justifica um tratamento médico desigual.	1	2	3	4	5	6	7
28	O profissional de saúde é responsável pelo sucesso ou pelo fracasso do SUS.	1	2	3	4	5	6	7
29	Praticar a justiça é dar a cada um aquilo que tem direito, o que lhe é proporcional.	1	2	3	4	5	6	7
30	A vida é um direito humano.	1	2	3	4	5	6	7
31	A eficiência de um serviço público depende mais da alocação de recursos do que de seus recursos humanos.	1	2	3	4	5	6	7
32	Uma equipe multidisciplinar é essencial para o acolhimento do usuário.	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice 2

Questionário do estudo II

Caro profissional da Área da Saúde,

Este trabalho faz parte de uma dissertação de mestrado realizado na UCG (Universidade Católica de Goiás), onde é avaliado a implantação do processo de humanização na SMS. Gostaria de contar com a sua colaboração respondendo sinceramente às questões abaixo. Não há respostas certas ou erradas, responda rapidamente e não passe à questão seguinte sem ter respondido a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime de sua opinião pessoal. Não é necessário identificar-se, pois o nosso interesse não se dirige ao conhecimento dos indivíduos, mas do grupo. Neste sentido, ficará totalmente respeitado o sigilo de suas informações.

Muito Obrigado!

Dados Sócio-demográficos

- 1 - Idade: _____
- 2 - Sexo: () Feminino () Masculino
- 3 - Profissão: () Assistente Social () Biomédico () Enfermeiro
() Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () Médico
() Nutricionista () Odontólogo () Psicólogo
() Terapeuta Ocupacional
- 4 - Tempo de Exercício da Profissão:
() 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () Mais de 15 anos
- 5 - Tempo de Exercício da Profissão no Serviço Público:
() 2 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () Mais de 15 anos
- 6 - Carga horária diária no Serviço Público:
() 2 a 3 horas () 3 a 4 horas () 4 a 6 horas () Mais de 6 horas
- 7 - Trabalha em Outro Local:
() Sim () Não

- 8 - Onde:
 Serviço Público Serviço Privado
- 9 - Carga Horária diária neste outro local de trabalho:

- 10 - Porque você trabalha em um outro local de trabalho?

- 11 - Salário recebido como prestador do Serviço Público:
 Até R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00
 2.000,00 a 5.000,00 Mais de R\$ 5.000,00
- 12 - Salário Total (se Trabalhar em Outro Serviço):
 Até R\$ 5.000,00 Mais de R\$ 5.000,00
- 13 - Numa escala de 0 (zero) a 10 (dez) qual o grau de satisfação que você sente ao desempenhar suas atividades no serviço público? _____
Obs.: (Dez – Extremamente Satisfeito)
- 14 - Porque você é um prestador de serviço na rede Pública (Poderá marcar mais de um item):
 Estabilidade Salário Mercado de Trabalho
 Carga horária Status Aposentadoria
 Falta de opção Satisfação em pertencer ao SUS
 Trabalhar com atendimento à comunidade.
- 15 - Qual a sua Religião:
 Católico Evangélico Espírita
 Outras Nenhuma
- 16 - Com que frequência você participa de missas ou cultos religiosos:
 Muito assíduo (7 a 10 dias/ mês) Assíduo (4 a 6 dias/mês)
 Pouco assíduo (2 a 3 dias/mês) Pouquíssimo assíduo (1 dia/mês)

Instruções

Na tabela abaixo, você encontrará algumas informações relacionadas ao tema humanização da saúde, marque o item que melhor represente sua opinião pessoal, utilizando o seguinte critério. Marque:

- 1 – Se você **discorda plenamente** com relação à afirmação
- 2 – Se você **discorda** com relação à afirmação
- 3 – Se você **discorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 4 – Se você está **em dúvida** com relação à afirmação
- 5 – Se você **concorda apenas com parte** com relação à afirmação
- 6 – Se você **concorda** com relação à afirmação
- 7 – Se você **concorda plenamente** com relação à afirmação

	Discorda plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida	Concorda apenas com parte	Concorda	Concorda plenamente
1 Humanização do serviço de saúde pública significa apenas o aumento da carga de trabalho dos servidores.	1	2	3	4	5	6	7
2 A autonomia do paciente durante um tratamento deve ser respeitada.	1	2	3	4	5	6	7
3 O médico deve ter o poder de decisão do tratamento do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
4 O programa de Humanização é apenas mais um dos programas do Ministério da Saúde que tentará solucionar o problema da saúde pública.	1	2	3	4	5	6	7
5 Humanização do servidor público é fundamental para a melhoria do atendimento do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
6 Humanizar é mudar o atendimento oferecido ao usuário, resgatando o respeito e valorizando sua vida.	1	2	3	4	5	6	7
7 O ser humano deve ser compreendido de forma holística.	1	2	3	4	5	6	7
8 O médico, ao atender um paciente, deve se concentrar apenas nos sintomas relatados por ele, para planejar o tratamento mais adequado.	1	2	3	4	5	6	7
9 Humanizar o serviço de saúde significa melhorar o salário de servidor.	1	2	3	4	5	6	7
10 Humanização é garantir o acesso dos usuários a todos os serviços de saúde	1	2	3	4	5	6	7
11 Melhoria nas instalações e higienização das unidades de saúde deve ser prioridade no processo de humanização	1	2	3	4	5	6	7
12 O profissional deve se sentir responsável pelo usuário.	1	2	3	4	5	6	7
13 O vínculo que os profissionais de saúde pública tem com o usuário deve se restringir ao ato do atendimento.	1	2	3	4	5	6	7
14 Um funcionário respeitado, valorizado e cuja auto-estima é elevada vai, necessariamente prestar um serviço melhor à comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
15 Um dos princípios da humanização da saúde é a resolutividade.	1	2	3	4	5	6	7
16 Humanizar o serviço de saúde consiste em humanizar o gestor, o servidor deste serviço.	1	2	3	4	5	6	7

17	Os princípios do SUS – Universidade, integralidade e descentralização estão sendo alcançados.	1	2	3	4	5	6	7
18	Mesmo numa equipe multidisciplinar é o médico que deve dar a última palavra sobre o tratamento do usuário.	1	2	3	4	5	6	7
19	A fila de espera no serviço público é necessária e é sinal de democratização.	1	2	3	4	5	6	7
20	A locação de recursos do SUS é suficiente.	1	2	3	4	5	6	7
21	O atendimento do profissional aos usuários do SUS deve ser entendida como ato de caridade por parte dos servidores.	1	2	3	4	5	6	7
22	Bioética é a ética das ciências da vida e do cuidado da saúde, portanto um profissional de saúde deve pautar seu procedimento em princípios Bioéticos e não apenas éticos.	1	2	3	4	5	6	7
23	A causa do mal atendimento no serviço público é devido à insatisfação do profissional em relação ao salário e más condições de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
24	As responsabilidades para com o tratamento do usuário devem ser compartilhadas entre todos os membros da equipe que o atendem.	1	2	3	4	5	6	7
25	O acolhimento a um paciente é fundamental para se formular uma hipótese diagnóstica.	1	2	3	4	5	6	7
26	O serviço de saúde deve tratar a todos igualmente.	1	2	3	4	5	6	7
27	A desigualdade social justifica um tratamento médico desigual.	1	2	3	4	5	6	7
28	O profissional de saúde é responsável pelo sucesso ou pelo fracasso do SUS.	1	2	3	4	5	6	7
29	Praticar a justiça é dar a cada um aquilo que tem direito, o que lhe é proporcional.	1	2	3	4	5	6	7
30	A vida é um direito humano.	1	2	3	4	5	6	7
31	A eficiência de um serviço público depende mais da alocação de recursos do que de seus recursos humanos.	1	2	3	4	5	6	7
32	Uma equipe multidisciplinar é essencial para o acolhimento do usuário.	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice 3

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa com o seguinte título “Inovação e Resistência na implantação do processo de humanização na secretaria municipal de saúde do município de Goiânia, sob as lentes da bioética”.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, onde será preservada a sua identidade. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma, sendo também garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a partir do enfoque bioético, a idéia que o profissional do sistema de saúde pública tem a respeito da humanização da assistência à saúde preconizada pelo ministério da saúde, bem como de sua ação como protagonista deste processo.

A pesquisa será realizada através da aplicação de questionários e em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal investigador é a mestrandia **Landia Fernandes de Paiva Soares**, que pode ser encontrada em um dos seguintes telefones: 225-1167, 227-1194 ou 9971-3705.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelos telefones: 227-1512 ou 227-1073.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Inovação e Resistência na implantação do processo de humanização na secretaria municipal de saúde do

município de Goiânia, sob as lentes da bioética”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora **Landia Fernandes de Paiva Soares**, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades.

Assinatura do sujeito Local Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Local