

**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR AMADEUS - SESA
FACULDADE AMADEUS - FAMA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

JARDEL MACÊDO BATISTA

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Aracaju – SE
2012**

JARDEL MACÊDO BATISTA

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Relatório de Estágio Supervisionado
apresentado à Faculdade Amadeus
como requisito para aprovação final e
obtenção do grau de bacharel em
Administração.**

**Orientador(a):
Prof. M.SC Gisélia Maria Varela e Silva**

Aracaju – SE
2012
JARDEL MACÊDO BATISTA

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Relatório de Estágio Supervisionado apresentado à Faculdade Amadeus como requisito para aprovação final e obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Prof. M.SC Paulo Sérgio de Melo
Coordenador do Curso

Profª M.SC Gisélia Maria Varela e Silva
Orientadora

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), _____ de _____ de 2012.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo o dom da vida e por me dar forças nos momentos em que mais precisei nessa longa trajetória da vida.

As minhas irmãs Jéssica e Caroline, aos meus sobrinhos Cauã Messias e João Victor, ao meu afilhado Victor Hugo por compreenderem a minha falta em momentos que precisei me ausentar por causa dos meus estudos. Amo vocês.

A todos da minha família, tios, tias, primos, primas em especial a minha avó Maria José por sempre acreditar em mim e ter me criado e se preocupado esses anos todos. Te Amo voinha.

Ao meus amigos João. Joerlom, Cleriston, Vera por muitas vezes me motivarem para seguir em frente e em especial a Isaías por muitas das vezes me emprestar seu computador para poder pesquisar e confeccionar os meus trabalhos acadêmicos, e olhe que não foram poucas vezes. A todos os meus amigos de graduação, em especial a Adelson, Elis, Gilza, Leila, Nicole e Solange, tenho certeza que aqui ficou amigos verdadeiros para sempre. Vocês estão guardado do lado esquerdo do meu peito.

Ao meu amigo Sérgio Antônio por me orientar muitas vezes em leitura e elaboração de textos na confecção dos meus trabalhos. Valeu.

Agradeço a todos os meus colegas da Unidade Pediátrica do HUSE, Sr. Almir, Daiane, Normélia, Rejane, Sebastiana, todos que fazem a Recepção e Guarda volumes pelo o apoio e em especial a minha Coordenadora Dra. Christianne Souza Barreto pela flexibilidade do meu horário em momento que precisei estudar.

A todos os professores da Faculdade Amadeus que em muitos momentos além de ser professores se mostraram amigos, inclusive aos mestres que não se encontram mais na instituição. Em especial a professora Gisélia pela paciência, parceria e orientação deste projeto. Muito obrigado por tudo.

A vivência acadêmica muito me acrescentou, desculpe o esquecimento de alguém, agora é olhar para o horizonte e saber que não é o fim, e sim o início de uma maravilhosa fase da minha vida.

**À minha mãe,
como homenagem póstuma.
Dedico.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA	11
2.1 Histórico da Empresa.....	11
2.2 Missão.....	13
2.3 Visão.....	13
2.4 Valores.....	13
2.5 Organograma	14
3 ASPECTOS CONCEITUAIS.....	15
3.1 Breve histórico sobre a saúde pública Brasileira e a implantação do SUS.....	15
3.2 O surgimento da Humanização Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).....	18
3.3 Processos, Operacionalização e Gestão em Saúde Pública.....	20
4 ATIVIDADE DE ESTÁGIO E ANÁLISE DE RESULTADOS	22
4.1 Atividade de Estágio.....	22
4.2 Análises da Pesquisa.....	23
4.2.1 Perfil dos entrevistados.....	23
4.2.2 - O que significa humanização hospitalar para os gestores do HUSE..	25
4.2.3 - Implantação da humanização nos hospitais públicos.....	26
4.2.4 - Conhecimento sobre projetos de humanização do HUSE.....	27
4.2.5 - Eficiência do projeto “VISITA AMPLIADA”.....	28
4.2.6 - Discussão sobre humanização com a equipe de trabalho.....	30
4.2.7 - Lotação nos hospitais X humanização.....	31
4.2.8 - Funcionamento da humanização hospitalar no HUSE.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
Referências	36
APÊNDICES	40
APÊNDICE A - Questionário da Pesquisa.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	O que significa humanização hospitalar para os gestores do HUSE:.....	25
Gráfico 02	Implantação da humanização nos hospitais públicos.....	26
Gráfico 03	Conhecimento sobre projetos de humanização do HUSE.....	27
Gráfico 04	Eficiência do projeto “VISITA AMPLIADA”	29
Gráfico 05	Discussão sobre humanização com a equipe de trabalho....	30
Gráfico 06	Lotação nos hospitais X humanização.....	31
Gráfico 07	Funcionamento da humanização hospitalar no HUSE.....	33

1- INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde é um sistema para todos, além de ser um sistema que promova a saúde, ele também favorece a cidadania. Antigamente os hospitais da rede do SUS tinham uma cultura de apenas atendimento de urgência aos usuários. No entanto com o crescimento de números de hospitais como também o número de pacientes, essa cultura não pode ser mais aceita para atender a grande demanda de tais instituições de saúde.

Atualmente os pacientes dos hospitais precisam não só apenas do atendimento de urgência, mas também, um atendimento de uma forma mais técnica e humana. O Ministério da Saúde através da Secretária de Assistência a Saúde preocupado com a prestação de um serviço mais humanizado, criou em 1999 um programa de Humanização Hospitalar, para ser implantado em toda rede hospitalar pública do país, com a expectativa de melhorar a eficácia e a qualidade de atendimento ao cidadão, mudar a imagem dos hospitais públicos junto a sociedade, capacitar os profissionais, desenvolver novas iniciativas de humanização para beneficiar todos os usuários como também, todo o corpo profissional das Unidades Hospitalares. Porém o que pode-se observar em alguns hospitais do SUS é a falta ainda de capacitação humanizada de alguns profissionais em todo o país.

Este projeto tem o objetivo de proporcionar aos gestores, um esclarecimento sobre a importância da humanização hospitalar nas instituições de saúde pública do Brasil, visando uma melhoria na prestação de um melhor atendimento. Para a efetivação deste objetivo, torna-se necessário: analisar como são desenvolvidas capacitação e a atualização dos serviços prestados pelos colaboradores da rede hospitalar; identificar a demanda de atendimento dos hospitais público; identificar o perfil do usuário; despertar aos gestores a eficiência da Humanização Hospitalar

A relevância deste projeto reside na instância de reflexão sobre a humanização hospitalar nos hospitais públicos do país, construindo um debate mais técnico sobre o tema. O estudo visa ainda, propiciar entendimento das apresentações e práticas dos profissionais da saúde que atuam em hospitais regidos pelo o SUS, viabilizando a possibilidade de implantação de medidas que viabilizem

não só melhorias nos resultados na assistência hospitalar e gestão, como também a satisfação dos usuários. Acrescenta-se ainda a importância deste projeto para os colegas trabalhadores da saúde, uma vez que notadamente pode vir a inculcar naqueles o ideal de propor a humanização como necessidade no dia-a-dia das funções. Como forma de garantir o princípio da universalidade de acesso, ou seja, todos os cidadãos têm como direito o acesso aos serviços de saúde e este deve ser feito por meio do atendimento mais humanizado. Observa-se que atualmente os hospitais públicos do Brasil tem um histórico de péssimo atendimento aos seus usuários.

Como forma de uma melhor exploração sobre o tema Humanização Hospitalar, foi feito um estudo com gestores do Hospital de Urgência de Sergipe, pretendendo fornecer uma reflexão sobre o tema aos mesmos. Algumas questões podem ser levantadas, por exemplo: Você sabe o que é humanização hospitalar? Como você promove o treinamento aos seus colaboradores? Para você o que é humanização hospitalar? Dos projetos de humanização aplicados no HUSE, você acha que os mesmos são eficientes aos usuários? Porque o hospital maior de Sergipe vive lotado?

Através de várias fundamentações observa-se que no passado a humanização hospitalar era tratada por muitos de formas imprecisas, não sendo muito importante nas rotinas hospitalares, os profissionais preocupavam-se apenas em prestar um atendimento eficiente nos Hospitais Públicos do País. No entanto, vários profissionais naquela época tinham a idéia que a Humanização Hospitalar era a maneira pela a qual o ser humano era tratado de forma empática. Nessa época ainda, alguns profissionais tinham a visão que a Humanização era ligada a religiosidade, onde aquelas pessoas que aplicavam de certa forma a humanização era conceituada como pessoa caridosa.

Com a criação do SUS em 1987/88, veio então a idéia de elaboração de políticas de humanização Hospitalar, trazendo com isso vários aspectos positivos para a reforma sanitária do país, com o objetivo de mudar a idéia negativa que a população tinha em relação ao péssimo atendimento em hospitais públicos. Recentemente o governo federal preocupado com a negatividade por falta de atendimento humanizado elaborou um projeto de Humanização Hospitalar que foi

implantado em todos os hospitais regidos pelo o SUS, mas o que podemos observar através do censo comum é que a falta de atendimento humanizado é gritante ainda.

A metodologia utilizada na elaboração deste projeto foi uma pesquisa bibliográfica, que será aliada a de campo, que tem como instrumento de coleta de dados um questionário (**Apêndice A**) de 10 perguntas diretas e objetivas de múltipla escolha e com alternativas complementares a critério do colaborador, os dados coletados serão analisados de forma quantitativa as amostras recolhidas. De acordo com Lakatos & Marconi (2009, p. 201), questionário é um importante instrumento de coleta de dados, formado por uma série de perguntas ordenadas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Na opinião de Gil (2002, p. 114-115), o questionário, é uma técnica de investigação composta por um numero mais ou menos de questões apresentadas por escrito as pessoas, e tem como objetivo o conhecimento das questões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivencias e outros".

Como justificativa particular, argumenta-se que nos últimos cinco anos o autor deste trabalho desenvolve uma linha de transformação de assessoria de gestão administrativa no Hospital de Urgência de Sergipe, discutindo não só práticas administrativas de melhorias continuas, como também, a prestação de serviço assistencial muito mais humanizado e eficiente a todos os usuários do hospital em referência. Justifica-se ainda, que não bastam discussões intrínsecas, é preciso verificar fatores externos que ocasionam tal demanda assistencial.

2- CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA

2.1 – Histórico da Empresa

O Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) é o único hospital público de urgência e emergência de média e alta complexidade do Estado de Sergipe. Localizado na Av. Tancredo Neves, S/N, Bairro Capucho, Aracaju-SE. Destaca-se que além dos sergipanos também atende aos usuários provenientes de outros estados fronteiras como Alagoas, Bahia e Pernambuco. Foi fundado em 7 de novembro de 1986, e com o advento da reforma sanitária no estado, no ano de 2009 tem passado por transformações visando melhorar os serviços que disponibiliza a comunidade. Acrescenta-se que todo atendimento disponibilizado pelo HUSE é 100% SUS.

Caracterizado como hospital de grande porte, aproximadamente 475 leitos, atende em média 15 mil pacientes por mês, somente nos setores de urgência e emergência. São leitos distribuídos pela nova Urgência e Emergência Adulto, nas Áreas Azul, Verde, Amarela e Vermelha, que estão substituindo o antigo Centro de Trauma, Unidade Pediátrica. Atualmente possui 58 leitos de internamento e 90 leitos de Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), UTI - Adulto, Semi-Intensiva-Adulto, UTI Pediátrica e 13 Alas de Internamento.

Com uma área construída de 23 mil m² divididos em seis blocos. Possui em anexo uma Central de Notificação e Captação de Órgãos e Tecidos de Sergipe (CNCDO/SE), unidade está da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe (SES), que funciona de forma conjunta com a Comissão Intra Hospitalar de Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) do HUSE. Além destes anexos, essa instituição apresenta um auditório com 220 lugares com duas salas de suporte, além de um estacionamento para mais de 500 carros.

Existe atualmente 2,8 mil servidores, entre efetivos, terceirizados e contratados que atuam 24 horas nas diversas áreas do hospital. Só médicos são 639, dos quais 407 efetivos e 232 contratados distribuídos nas especialidades clínica geral, pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, cirurgia geral, pediatria, plástica, torácica e vascular. São 11 médicos residentes que atuam nas áreas de cirurgia geral, clínica médica e pediatria. 19 estagiários que atuam nas áreas de clínica

cirúrgica e médica, UTI, enfermagem, farmácia, psicologia, odontologia buco-maxilo-facial, oncológica e hospitalar, laboratório e CIATOX.

Destaca-se que o corpo clínico do HUSE possui endocrinologistas, gastroenterologistas, hematologistas, infectologistas e profissionais que atuam nas áreas de nefrologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, urologia, radiologia, otorrinolaringologia, radioterapia, ultra-sonografia, pneumologia e proctologia, odontologia hospitalar e intensivista pediátrico.

Sobre os profissionais de enfermagem, o HUSE opera atualmente com 1.234, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, além de 21 nutricionistas, dez psicólogos, 29 cirurgiões-dentistas, incluindo a especialidade de buco-maxilo-facial, sete biomédicos, 13 farmacêuticos, 30 fisioterapeutas, três radioterapêuticas, 36 técnicos de radiologia, seis técnicos de laboratório, nove auxiliares laboratoristas, quatro ajudantes-laboratoristas de saúde, 53 anestesiólogos, 94 agentes de serviço de saúde, oito assistentes sociais e três físicos médicos.

Para o tratamento do câncer o HUSE dispõe de 49 leitos para internamento, dos quais 21 são destinados ao atendimento de crianças e 28 ao público adulto. Considerado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia Integrada (COOL), esta unidade conta com cinco médicos e quatro físicos, além de técnicos em radioterapia e de enfermagem. No COOL são disponibilizados atendimentos clínicos e ambulatoriais, assim como tratamentos oncológicos à base de quimioterapia e radioterapia. São cerca de 3,5 mil atendimentos, por mês, e algo em torno de 500 quimioterapias e 60 sessões de radioterapia por mês.

Acrescenta-se que o serviço de radioterapia externa conformacional 3D oferecido pelo Centro de Oncologia do HUSE é um importante diferencial no tratamento do câncer de esôfago, próstata e tumores cerebrais, além do tratamento de lesões superficiais com maior preservação de tecidos profundos e menos reações de pele, principalmente nos casos de câncer de mama. Destaca-se que a radioterapia disponibilizada pelo HUSE é uma das melhores do país, pois possui um tomógrafo que funciona por meio de um sistema a laser capaz de localizar o centro da lesão com precisão. Mesmo nos tratamentos realizados de forma convencional, a maior parte das simulações é computadorizada.

Desde março de 2008, o Hospital passa pela mais profunda transformação de sua história, fruto da reforma sanitária e gerencial do SUS de Sergipe implementando desde 2007 através da Lei. 6.347 que autoriza a criação da Fundação Hospitalar de Saúde que é a responsável pelo o gerenciamento de toda a parte operacional e funcional do maior Hospital do Estado de Sergipe. A Partir de Investimentos do tesouro estadual de ordem de R\$ 23 milhões, numa primeira etapa, o HUSE passou a contar com um novo pronto socorro e, em breve, vai dispor de uma nova Unidade de Terapia Intensiva, com ampliação para 60 leitos.

2.2 – Missão

Produzir saúde ao cidadão no âmbito hospitalar e uma assistência de Urgência de forma humanizada com eficiência e qualidade.

2.3 – Visão

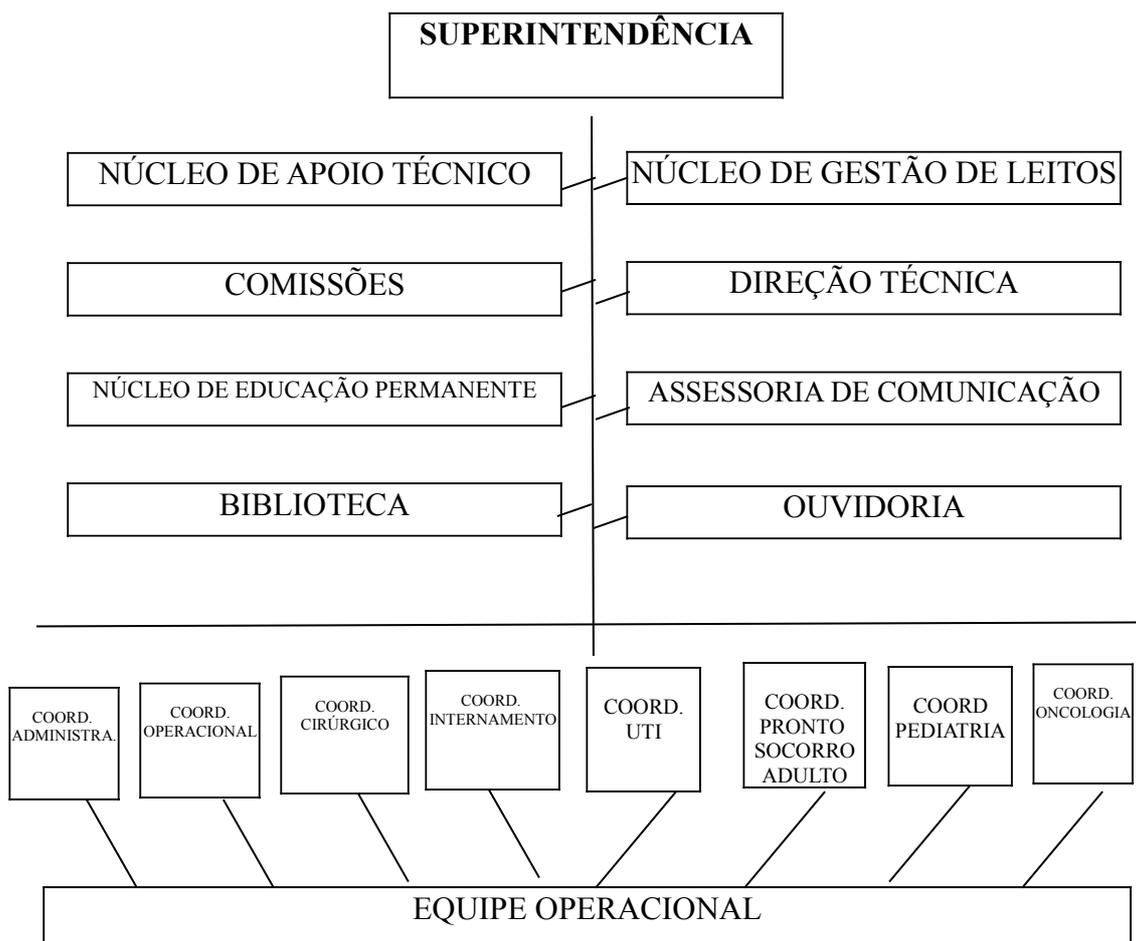
Ser referência nacional para o SUS em modelo de gestão e prestação de serviços públicos de saúde.

2.4 – Valores

- Compromisso com o cidadão;
- Humanização;
- Ética e Transparência;
- Ousadia e Inovação;
- Valorização do Trabalhador;
- Gestão Democrática e Participativa;
- Integralidade, Equidade, Universalidade;
- Eficiência na gestão;
- Responsabilidade sócio-ambiental.

2.5 ORGANOGRAMA

O organograma do maior hospital de Sergipe é um modelo clássico, ou seja, é a forma habitual de uma representação dos dos referido organogramas. É importante salientar que através do mesmo podemos perceber linhas de comando, de assessoria, os níveis hierárquicos existentes, os canais de comunicação, a amplitude de controle de cada área, a forma de departamentalização e por fim, como está distribuída a autoridade da organização. Então abaixo o organograma do HUSE.



Fonte: Pesquisa documental no HUSE

3 ASPECTOS CONCEITUAIS:

3.1 Breve histórico sobre a saúde pública Brasileira e a implantação do SUS.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, trata-se de um paradigma da humanidade construído por uma luta de concepções e de pressões dos movimentos sociais contra as desigualdades e as injustiças das relações sociais, ocasionadas pelas diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Conforme registra a literatura estudada, até algumas décadas, a prática dos governantes em sede de saúde pública consistia num modelo centralizado, onde a base das decisões estava restrita em âmbito federal e estadual.

Comentando sobre a situação da saúde pública no Brasil nos anos compreendidos entre 1930 e 1960, Melo & Santos (2007) salientam que se tratava de um modelo que não satisfazia mais as necessidades da população; onde as políticas de saúde pública, quase sempre estavam em sintonia com o quadro social de desigualdades sociais. Quem não tinha poder aquisitivo não tinha acesso aos serviços de saúde.

Acrescenta-se que a luta pela Reforma Sanitária Brasileira, se sustentava nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde como um todo.

[...] Desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações. Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão. (ALVES 2005, p.40)

Conforme observa Santos (1979), o Brasil de antes da referida reforma e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública que focava no controle das grandes epidemias e a medicina previdenciária com caráter preventivo e assistencial, centrada no hospital e na atenção de caráter curativo, que se restringia a atender os trabalhadores de carteira assinada. Neste período o país foi governado por militares que começaram aos poucos, no ano de 1964, o desenvolvimento das políticas de proteção social e da

atenção especial à saúde. Nesta época ainda destacou-se a criação da previdência social que só contemplava os trabalhadores registrados e seus familiares.

Em 1967 é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), um órgão que unificou todos os programas sociais que já existiam na época. Segundo Santos (1979, p.62), “o processo de unificação advindo com a implantação do INPS, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social”.

Para alguns estudiosos do assunto, a criação do INPS não produziu os resultados esperados, pois com um aumento substancial das pessoas com direitos aos benéficos da previdência social, os hospitais credenciados aumentaram a demanda por remédios e equipamentos médico-hospitalares, o que onerou substancialmente os gastos com saúde pública e gerou uma desorganização administrativa dos serviços de saúde, uma vez que faltavam recursos para manter a estrutura funcionando e a União contribuía muito pouco com a Previdência Social, mantida com a arrecadação salarial.

Na década de 70 observava-se a predominância da assistência médica individualizada que privilegiou a privatização dos serviços de saúde e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. Interessante registrar que desde o ano de 1964, conforme literatura pesquisada, o setor médico privado se beneficiou do modelo médico privatista. Foram cerca de quinze anos de repasses de grandes volumes de recursos do setor público e financiamentos subsidiados para a saúde privada que “cresceu, desenvolveu e engordou”. Surgiu neste período associações médicas que estabeleceram convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito dominó com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico industrial. (ALVES, 2005 e PAULUS JÚNIOR & CORDONI JÚNIOR, 2006)

[...] Desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações. Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão. (ALVES 2005, p.40)

O Brasil da década de 1970 apresentava e ainda apresenta grandes diferenças socioeconômicas, dentre outras causas devido a sua grande extensão que dificultava ao governo gerenciar a atenção a saúde de forma satisfatória bem como as condições de vida da população. Segundo dados do Ministério da Saúde (2006c) este foi um período marcado pelas contradições da política macroeconômica, tanto que em 1978, têm início movimentos populares de reivindicação de melhores condições de trabalho, saúde e moradia. Reivindicava-se a descentralização política como forma de inovar e transformar a saúde pública no Brasil.

Na concepção de Arretche (1996) a descentralização política da saúde representou uma condição essencial para romper com as estruturas políticas tradicionais que estavam impedindo o desenvolvimento das virtudes cívicas nas sociedades, tratava-se do marco de uma necessária revolução comportamental social, na busca de emergir novos comportamentos políticos e econômicos menos dependentes do Estado, com maior capacidade de iniciativa.

Segundo dados disponibilizados pelo CONASS (2003), por volta do ano de 1979, o movimento pela Reforma Sanitária assume uma identidade e deixa de ser mais uma reação contra as ações conservadoras do governo ditatorial da época contra a saúde da população. Este movimento tem reforço com a fundação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em 1979. Destaca-se que na Abrasco, os intelectuais produziam conhecimentos na área da saúde coletiva que impulsionaram o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Interessante o registro que um ano depois, em 1980 o movimento pela Reforma Sanitária já se apresentava com capacidade de expressão capaz de influir nas políticas públicas. Também oportuno comentar que até os anos 80 o sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a cidadania regulada, ou seja, a arrecadação salarial. A população que podia pagava os planos de saúde privada, a população desempregada ficava a míngua e a própria sorte, visto que não contava com a

previdência social. Segundo observações de Mansur (2001) as contribuições sociais desempenharam papel fundamental no financiamento das políticas sociais nos anos 80.

[...] A expressão política social teve seu uso generalizado no Brasil no período posterior a 1964, principalmente após 1970. Nos vários planos de governo então elaborados foram sendo constatados tanto um aumento do interesse oficial pelas questões sociais quanto uma demonstração mais evidente da importância que as políticas a elas referidas passaram a ter no conjunto de ações do governo. Seu ponto culminante foi a assunção da política social como atribuição exclusiva do Estado, manifesta no II Plano Nacional de Desenvolvimento (1974-1979), mesmo limitada pela cláusula do “pelo menos em última instância”. (AUGUSTO 1989, p.105)

Conforme Barreto Junior e Silva (2004), após a promulgação da Constituição de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi possível observar um aumento da responsabilidade e da participação dos municípios na gestão da saúde. Ainda mediante explicações de Barreto Junior e Silva (2004), a década de 90, período marcado pela reestruturação do Estado e das políticas sociais, a criação do SUS representou um marco simbólico.

Para Pretti et al (2010) a instituição do SUS possibilitou a descentralização das ações em saúde. Foi o resultado de muita reflexão sobre todo processo de municipalização da saúde, e representou parte do movimento das reformas nos Estados brasileiros, visto que possibilitaram inovações na área da saúde, como a reorganização e reestruturação de toda gestão da saúde nos Estados no sentido de buscar uma gestão mais democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente.

Devido a importância da instituição do SUS para o movimento pela Reforma Sanitária no país, no item seguinte algumas colocações sobre o mesmo.

3.2 O surgimento da Humanização Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS):

Antigamente a humanização hospitalar era vista de forma sistêmica, tratada por muitos como fundamentações imprecisas, que não eram importantes no meio hospitalar. A maioria dos cidadãos destinge humanização hospitalar pela

maneira pela a qual deve ser tratado o usuário do SUS, com carinho, respeito, afeto, amizade, dignidade e de forma empática. Pois bem, após analisar todas essas concepções, as mesmas estão associadas a uma humanização de piedade e indubitavelmente ligadas à religiosidade e filantropia, operando com um conceito de humanidade como pessoa caridosa e boa.

Elaborar uma política com humanização era o ponto certo dos gestores do SUS, e conseqüentemente apareceria algumas constantes interrogativas do tema, Foi daí que o Ministério da Saúde através da Secretária de Assistência a Saúde preocupado com a prestação de um serviço mais humanizado, criou em 1999 um programa de Humanização Hospitalar, para ser implantado em toda rede hospitalar pública do país, com a expectativa de melhorar a eficácia e a qualidade de atendimento ao cidadão, mudar a imagem dos hospitais públicos junto a sociedade, capacitar os profissionais, desenvolver novas iniciativas de humanização para beneficiar todos os usuários como também, todo o corpo profissional das Unidades Hospitalares.

Para Riso (2009) humanizar é uma ferramenta de gestão, onde se pretende valorizar a qualidade do atendimento, preservar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos colaboradores em uma Unidade Hospitalar. Conforme definição do Ministério da Saúde (2005) o SUS trata-se de uma rede regionalizada e organizada, cuja finalidade é a implementação de ações e serviços públicos de saúde. Refere-se a um sistema que apresenta seu campo de atuação determinado conforme as diretrizes ditadas pela Constituição Federal, no artigo 198. Além dessas diretrizes, deve atender aos princípios definidos no artigo 7º da lei 8.080/90. A organização do SUS, com atuação em todas as esferas do governo e execução das ações e serviços preferencialmente pelos Municípios, vem ao encontro das necessidades da sociedade.

Como observamos o SUS encontra-se associado à municipalização dos serviços de saúde, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, com vistas à “promoção, proteção e recuperação da saúde, é medida recomendável quando se tem em mente a máxima efetividade desse direito”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005, p. 161).

Conforme o CONASS (2003) foi a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, que todo o processo de implantação do SUS foi iniciado. Baseado em negociações realizadas com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, todos os processos executados são orientados pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais, que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

Segundo acréscimos de Ribeiro (2010), o SUS foi aprovado na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88, e teve suas diretrizes estabelecidas e definidas na Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde no Brasil como sendo um direito universal e concebendo-a de maneira integral, preventiva e curativa.

Assim, com a descentralização da saúde, e o surgimento de todo processo de implementação e gerência do SUS, novos atores passam a atuar no cenário da gerência dos serviços de saúde pública. Até o advento da criação do SUS, a mais de 22 anos, os serviços de saúde pública não era um direito social, só estavam assegurados os brasileiros com carteira assinada, isto é, os que contribuíam com a previdência social.

Ressalte-se que, a criação do SUS é um marco brasileiro recente na trajetória da saúde coletiva. Confunde-se, muitas vezes, com a trajetória de outros movimentos relativos à saúde no país, a exemplo da Medicina Preventiva, Medicina Social e mesmo a Saúde Pública. Para Machado (2005) as décadas de 80 e 90 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde, com o início do processo de descentralização das ações de saúde, que permitiram mais equidade na solução dos problemas de saúde no Brasil.

Atualmente, várias pesquisas conceituais, manifestações ideológicas, construções teóricas e técnicas e programas temáticos, fazem da humanização um curioso campo de inovação da rotina em hospitais de forma teórica e prática na área da Saúde Pública Brasileira.

3.3 Processos, Operacionalização e Gestão em Saúde Pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por várias transformações a partir de 1990, com isso estas tais mudanças vem trazendo aspectos positivos em seu processo produtivo dando uma nova roupagem ao que se diz respeito a gestão, onde observamos uma lógica de organização nos processos de planejamento de uma Unidade Hospitalar por parte dos mesmos. É num contexto global de trabalho, em que as atividades de gerência/gestão e planejamento trouxeram exigências de um repensar de concepções de teoria e práticas, uma vista mais detalhada ao que se diz respeito as dimensões científicas, social, política, econômica e cultural avanços por parte da Gestão do SUS mais notória, implantando projetos a exemplo da descentralização da rede hospitalar de todo o país.

Como já descrito o campo de observação deste trabalho é o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) situado na Cidade de Aracaju-SE, infelizmente a formação do quadro funcional de gestão seguiu por década critérios políticos e atualmente ainda consiste essa mesma mentalidade, acarretando com isso muitas vezes uma falta de eficiência nos processos operacionais e administrativo da organização supra citada. Como sabemos no serviço público os gestores tem uma grande rotatividade e por muitas vezes os processos planejados de uma antiga gestão ficam parados ou são cancelados, para se implantado um novo processo da atual gestão, vale ressaltar a natureza da gestão pública é de exercer a defesa, conservação e aprimoramento dos bens e serviços ao interesse da coletividade.

É importante conceituar que processo é uma determinada sequência estruturada e predefinida de ações que transforma os insumos captados em saída e as oferece ao ambiente, agregando valor a a partir do momento em que manipula adequadamente os insumos.

O gestor público para atuar nos processos administrativos do governo devem seguir princípios jurídicos como por exemplo da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência descritos no Art 37 da constituição brasileira, é relevante citar que em relação ao principio da legalidade o mesmo está associada à gestão pública em toda a sua atividade, presa aos mandamentos da lei. Já no

princípio da impessoalidade toda ou qualquer atividade de gestão pública deve ser dirigida a todos os cidadãos, sem a determinação de pessoa ou discriminação de qualquer natureza, é importante citar que no princípio da moralidade o gestor público deve buscar as melhores estratégias e processos para o interesse público obedecendo a ações morais, o princípio da publicidade torna-se obrigatório a divulgação dos atos e documentos da atual gestão para conhecimento, controle e início dos seus feitos. Por fim, a admissão de pacientes ao HUSE de outros municípios e estados vizinhos que procuram por atendimento é muito grande, mas caso o gestor público não preste um atendimento eficiente aos referidos pacientes, o mesmo estará infringindo o princípio da eficiência, até porque as diretrizes do SUS são para todos.

4. ATIVIDADES DO ESTÁGIO E ANÁLISE DA PESQUISA

4.1 Atividade de Estágio

Para a efetivação deste projeto a empresa para o desenvolvimento do mesmo se deu principalmente, pelo o fato que o pesquisador faz parte do quadro funcional exercendo a função de Assistente Técnico I de cargo de livre provimento, é importante destacar que a referida empresa denominada HUSE – Hospital de Urgência de Sergipe e de nível pública em sua operacionalização.

Trata-se de um estudo quantitativo, os dados coletados serão mensurados e cruzados conforme as variáveis do estudo. A escolha pela pesquisa de campo aconteceu pelo o motivo do autor deste ter facilidade de acesso aos gestores daquela Unidade Hospitalar e apresentar o desejo pessoal de contribuir com a humanização como estratégias de gestão do HUSE. Vale ressaltar que o presente projeto inicialmente foi desenvolvida mediante pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos, e materiais disponibilizados na internet, Ministério da Saúde e Portal da saúde, como forma de melhor fundamentar o referencial teórico.

Para a coleta de dados foi selecionado a ferramenta questionário, Constituído por 10 questões, objetivas, com 4 opções de respostas para 9 questionamentos, e 1 questão subjetiva. Os questionários foram distribuídos a 10 gestores ligados diretamente a operacionalização e planejamento do Pronto Socorro Adulto daquela casa de saúde pública, na qual o tema foi verificar o nível de

conhecimento sobre Humanização Hospitalar por parte dos mesmos. A pesquisa foi aplicada pelo o autor deste projeto, nos dias 25 de setembro e 01 de outubro de 2012, com uma hora de duração, no horário das 14h e 15h em função da disponibilidade dos mesmos, é importantes frisar que não houve dificuldades na aplicação por parte dos gestores.

Diante do exposto, na seqüência informações relacionadas à coleta de dados do estudo.

4.2 Análises da Pesquisa:

4.2.1 Perfil dos entrevistados:

Passa-se agora para a demonstração da pesquisa realizada, a fim de verificar os fatores que possam contribuir para os gestores do HUSE a implantação da Humanização Hospitalar como estratégia para prestação de um atendimento mais eficiente. Os entrevistados são cargos de comissão indicados pelo o governo e possuem uma vasta experiência na posição em que ocupa e terão em torno de quatro anos para desenvolver um bom trabalho a frente da gestão.

Com relação ao grau de escolaridade dos gestores. Este questionamento é baseado nas antigas práticas de indicação política, e que a falta dessa exigência refletia negativamente no desenvolvimento da implantação dessa ideologia, a exigência do nível superior pressupõe que a mentalidade da prática da humanização hospitalar não será executada de forma artesanal, e sim como membro do corpo profissional. Após coleta dados verificou-se que 100% dos atores possuem nível superior, nos quais 70% nas áreas de enfermagem e 30% administração.

Outro ponto de pesquisa foi qual a religião dos referidos gestores. No Brasil colônia o hospital era um lugar para pobres e moribundos onde o atendimento era feito pela igreja denominado de sanatório para leprosos e loucos, o atendimento especializado de médicos pertencia a quem tinha poder econômico, como fazendeiros e comerciantes, mesmo hoje em dia percebe-se que o corpo funcional faz essa prática inconscientemente barrando a adaptação da dinâmica da evolução social. As denominações religiosas derivam do cristianismo, é fato que todas têm forte influencia do catolicismo, o ramo evangélico surgiu da reforma de Martinho

Lutero que foi padre católico, o espiritismo do positivismo Francês de Allan Kardec e o catolicismo de Paulo apóstolo de Cristo e conseqüentemente nossa colonização tem marcas profundas dos objetivos de Portugal na Idade Média.

A influência da orientação religiosa na prática de Humanização Hospitalar nessa pesquisa é observada para propor um alinhamento de mentalidade com as diretrizes do serviço público que é regida pela constituição federal que preconiza que o Brasil é um pai laico. O resultado das amostras demonstrou que 50% dos gestores do HUSE pesquisados são católicos, 40% são evangélicos e 10% São espíritas.

Conforme Mota *et al* (2006) a pessoa doente deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade, mesmo quando a ciência e a medicina não podem mais fazer nada, estão incapazes de resolver o problema trazido pela doença. O médico e a equipe de saúde diante do doente, numa atitude de humanidade devem tratar o paciente respeitando sua fragilidade, dignidade, necessidade de ser amparado, cuidado e amado.

Esses dados acima citados indicam um desalinhamento no atendimento, pois cada religião tem uma visão diferente da outra, como um dos princípios do serviço público é a impessoalidade, os agentes não evoluem na construção de uma mentalidade alinhada com as premissas da constituição e dos princípios do serviço público no HUSE.

Abordando a faixa etária e gênero dos gestores a pesquisa executada com questionário revelou que a idade dos gestores entrevistados que 20% tem idade entre 20 e 30 dos quais 10% são do sexo feminino e 10% do sexo masculino, 40% tem idade entre 30 e 40 anos dos quais 30% são do sexo feminino e 10% do sexo masculino, 20% possuem idade entre 40 e 50 anos onde 10% também são do sexo feminino e 10% do sexo masculino e 20% tem idade entre 50 e 60 anos e são do sexo feminino.

A significância da faixa etária e gênero dos gestores revelam que as mulheres são maioria e a faixa etária está entre 30 e 40 anos, ou seja pessoas que já carregam uma grande bagagem profissional que pressupõe que atuem de forma satisfatória na questão da Humanização, não é difícil observar que essa hipótese é falsa, pois diariamente é divulgado amplamente em vários meios de comunicação as falhas e negligências no que se diz respeito ao atendimento hospitalar no HUSE,

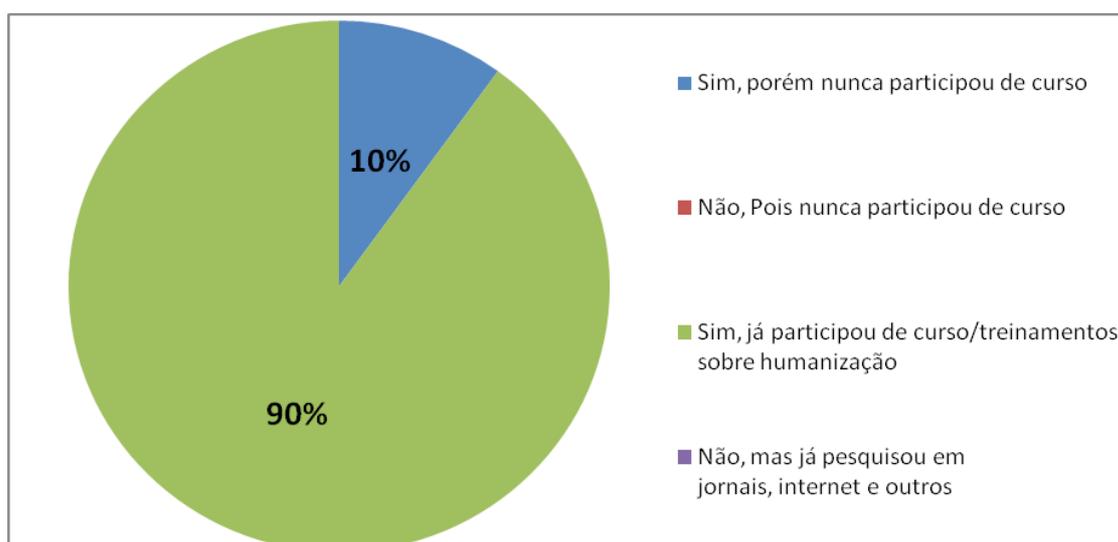
observou-se que a questão de gênero e idade não tem influência efetiva na construção de um processo de humanização e sim a reprodução do comportamento negativo no que diz respeito ao atendimento eficiente.

4.2.2 - O que significa humanização hospitalar para os gestores do HUSE:

Questionados sobre conhecimento do tema Humanização Hospitalar, revela-se no gráfico n° 01 que 10% dos entrevistados tem conhecimento do tema, porém nunca participaram de nenhum curso e 90% Conhece sobre o assunto e já participou de cursos e treinamentos sobre humanização hospitalar.

A necessidade de humanizar os serviços tanto no âmbito hospitalar, como nas unidades de saúde, são diariamente percebidas tanto pelos sujeitos que necessitam dos serviços quanto pelos os agentes que o realizam, seja do sistema público de saúde como do privado. Mas o que observamos no HUSE é que mesmo os gestores tendo um amplo conhecimento sobre o assunto, ainda é visível ver um atendimento ineficiente prestado por uma equipe multidisciplinar.

Gráfico: 01 - O que significa humanização hospitalar para os gestores do HUSE:



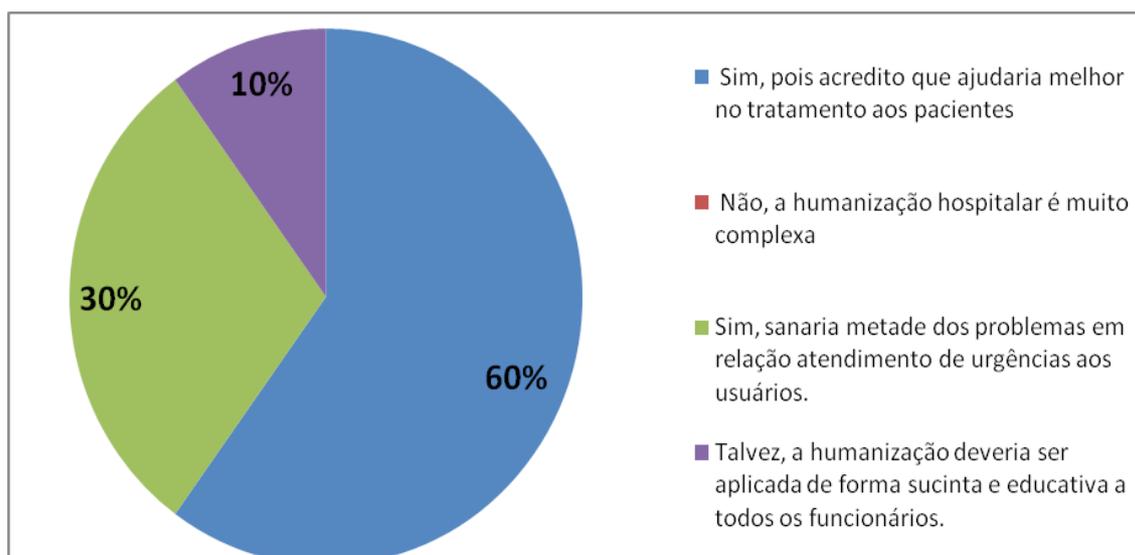
Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.3 - Implantação da humanização nos hospitais públicos.

Outra questão a ser pesquisada foi sobre a importância da implantação de Humanização nos hospitais públicos, neste aspecto a pesquisa analisando o gráfico n° 02 mostrou que 60% dos entrevistados, acha que sim, pois acreditam que ajudaria melhor no tratamento aos paciente, 30% também considera importante a implantação da Humanização e que sanaria metade dos problemas em relação ao atendimento de Urgência aos usuários e 10% concluem que Talvez, e destaca que a humanização deveria ser aplicada de forma sucinta e educativa a todos os funcionários do HUSE.

Acrescenta-se que um dos pontos críticos do Plano Nacional de Humanização conforme Ministério da Saúde (2004b) é promover a transformação do processo de trabalho nos serviços de saúde, ao melhor capacitar os trabalhadores para distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, bem como se adequar as respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários.

Gráfico: 02 - Implantação da humanização nos hospitais públicos.



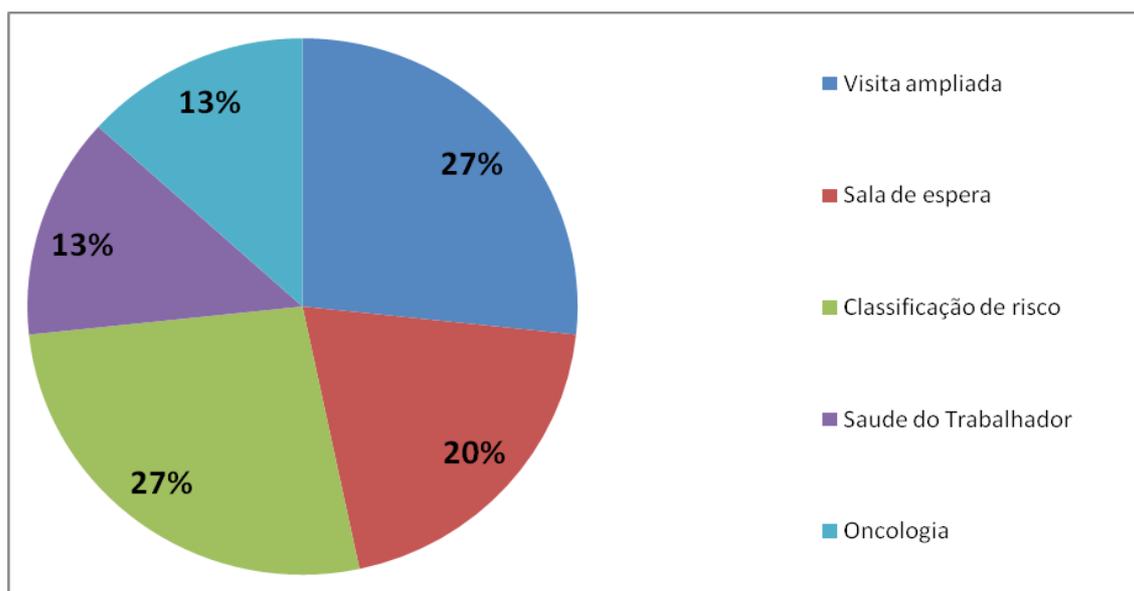
Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.4 - Conhecimento sobre projetos de humanização do HUSE

Observa-se no gráfico n ° 03 que 27% citou que conhece o projeto de visita ampliada no HUSE, esse mesmo percentual conhece a Classificação de Risco, 20% tem conhecimento da sala de espera da UTI como um projeto de humanização eficiente, 13% são cientes do projeto saúde do trabalhador e 13% reconhece que a Oncologia do HUSE é um ambiente com projetos destinados a humanização.

Estranhamente a questão da visita ampliada e classificação de risco foram as mais relevantes, logo que são áreas de atuação que se tem sempre um resultado satisfatório nas ações, resultando em diagnostico de patologias e alta dos pacientes, sem muito comprometimento com o resultado final do usuário. Um dado relevante é que os que responderam que o Setor de Oncologia do HUSE representa a expressão maior de aplicação da Humanização Hospitalar, pois expressa uma situação limite, ou seja, essa patologia remete a transcendência do que é laboral e técnico para a situação elementar do humano usando da empatia,

Gráfico: n° 03 - Conhecimento sobre Projetos de Humanização do HUSE



Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.5 - Eficiência do projeto “VISITA AMPLIADA”

No tocante essa questão a eficiência do projeto visita ampliada em relação à satisfação dos usuários do HUSE, contempla-se no gráfico nº 04 que 30% dos entrevistados acham eficiente, mas que resolve apenas uma pequena faixa de usuário e não tem nada haver sobre atendimento, 30% expõem que não acha eficiente o referido projeto, pois a humanização hospitalar é uma estratégia muito mais complexa, 10% acham ineficiente, pois o projeto visita ampliada do HUSE é direcionado para uma pequena faixa de usuários e não tem nada haver sobre atendimento.

Destaca-se também que 30% responderam outros e como justificativa um dos entrevistados respondeu que o projeto foi pensado para ampliar a assistência e o cuidado da clinica do paciente, porém há pouca informação na maioria dos funcionários que lidam diretamente com o visitante, não esclarecendo pontos importantes do ambiente hospitalar. Por outro lado existe um fortalecimento do vínculo e da assistência médica.

Registra-se ainda que para o visitante o atendimento da Recepção é o primeiro contato com a instituição. É onde obtêm respostas as suas dúvidas e onde busca informações sobre entes queridos com problemas de saúde. É como observa o Ministério da Saúde (2007) a recepção é responsável por ouvir integralmente as queixas do usuário. O acolhimento que é realizado na recepção permite que o mesmo expresse suas preocupações, angústias. Por meio desse atendimento é garantida a atenção necessária para que se articule os outros serviços de saúde a continuidade da assistência, sempre que necessário.

Registra-se também que entre as atividades do Posso Ajudar esta no auxílio na organização da unidade, fazer o acompanhamento dos pacientes, orientar a todos e colaborar com acolhimento e humanismo para quem busca assistência médica no HUSE. O HUSE é pioneiro no sistema de Acolhimento com Classificação de Risco.

Espera-se com a classificação de risco melhorar o atendimento na porta de entrada da urgência e emergência, priorizando atendimento médico conforme o risco. Busca-se organizar o processo de trabalho no pronto-socorro e nas

enfermarias, de modo que os pacientes sejam rapidamente encaminhados às áreas de baixo, médio e alto riscos de acordo com sua gravidade.

Segundo Dias (2007) e o Ministério da Saúde (2004b) o acolhimento acontece na recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Acolhimento não é triagem, trata-se de uma tecnologia voltada a orientar o paciente e sua família sobre outros serviços de saúde necessários a continuidade da assistência. Visa garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Gráfico: nº 04 - Eficiência do projeto “VISITA AMPLIADA”



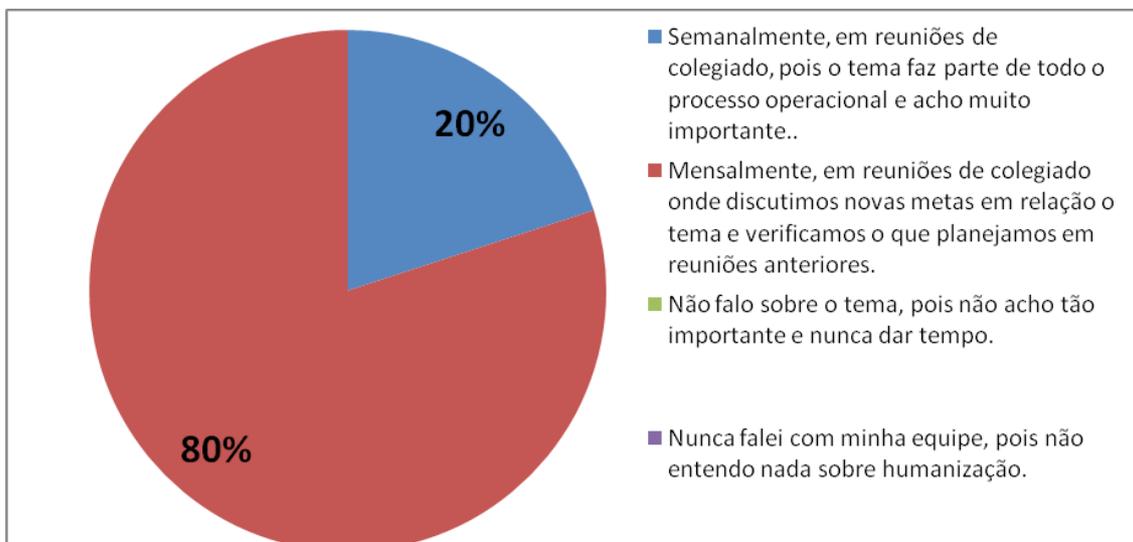
Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.6 - Discussão sobre humanização com a equipe de trabalho.

Interessante resultado da pergunta que abordou sobre discussões sobre humanização entre gestores e funcionários. Os números exibidos no gráfico nº 05 esclarecem que 80% dos entrevistados discutem com sua equipe sobre o tema mensalmente, em reuniões de colegiado onde abordam novas metas e verificam o que planejaram em reuniões anteriores e 20% conversam com sua equipe semanalmente em reuniões de colegiado, pois o tema faz parte de todo o processo operacional e os mesmos acham muito importante para um atendimento eficiente no HUSE.

É notório que mesmo os gestores do HUSE abordando o tema estudado com seus funcionários em reuniões semanalmente e mensalmente, muitas das vezes não está surtindo efeito quando se fala em atendimento eficiente naquela Unidade Hospitalar.

Gráfico: 05 - Discussão sobre humanização com a equipe de trabalho.



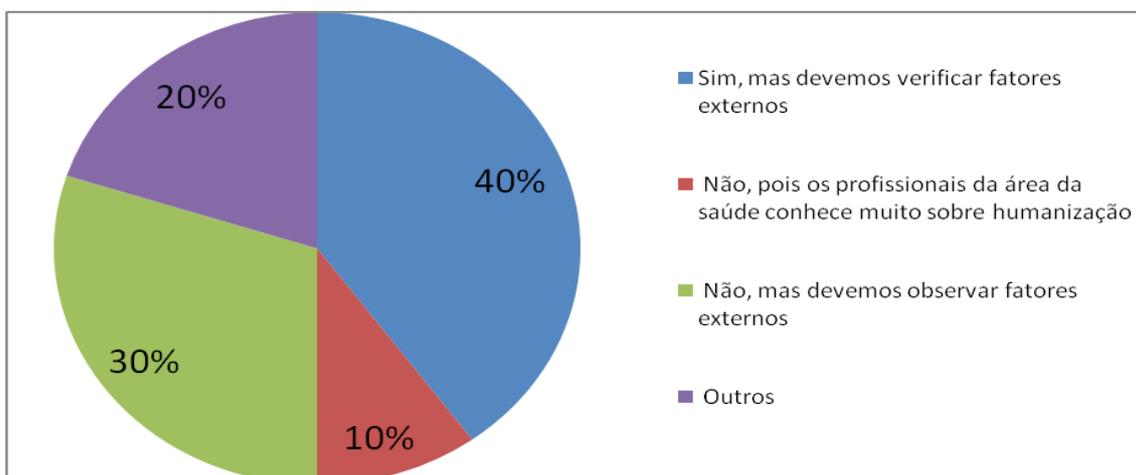
Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.7 - Lotação nos hospitais X humanização.

Outra questão a ser pesquisada foi se o gestor acha que os hospitais públicos estão lotados por falta de humanização. Neste aspecto, a pesquisa demonstrou conforme o gráfico n° 06 que 40% acham que sim e 30% acham que não, mas deve-se verificar fatores externos, 10% acham que não, pois os profissionais da área da saúde conhecem muito sobre humanização e 20% acham que outros questionamentos fazem com que os hospitais da rede pública vivam lotados. Registra-se segundo Ministério da Saúde (2010) que muitos são fatores que geram superlotação nos pronto-socorros dos hospitais.

Uma causa citada pelos pesquisadores é a insuficiência do Programa de Saúde da Família, que apresenta sérios problemas de estruturação, falta de integração com a rede e de capacitação dos recursos humanos, surgindo assim um estrangulamento em todo o sistema de saúde. Vale ressaltar que um dos problemas da superlotação dos hospitais públicos vem há muito tempo necessitando de uma ajuda dos fatores externos, como por exemplo, podemos citar a rede básica de saúde, pois como podemos observar existe uma deficiência gritante dos serviços prestados e que por muitas vezes acabam lotando os hospitais de alta complexidade a exemplo do HUSE. Ocasionalmente ocasionando uma falta de eficiência nos serviços prestados.

Gráfico: n° 06 - Lotação nos hospitais X humanização



Fonte: Dados da Pesquisa

4.2.8 - Funcionamento da humanização hospitalar no HUSE

Nesse questionamento verifica-se através do gráfico n° 07 que, 70% dos entrevistados tem consciência que a humanização pode sim funcionar de forma eficiente no Hospital de Urgência de Sergipe fazendo uma educação permanente e treinamento com todos os colaboradores de forma sucinta, 10% também disseram que sim, fazendo um trabalho permanente só com a equipe operacional e 20% responderam a opção outros, dos quais 10% dos entrevistados expõem que acredita sim que a humanização hospitalar poderia funcionar de forma eficiente, mas que deveria acontecer além de educação permanente e treinamento com os funcionários, deveria acrescentar inclusão social na implantação do tema estudado.

Segundo Ministério da Saúde (2007) a constituição do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde

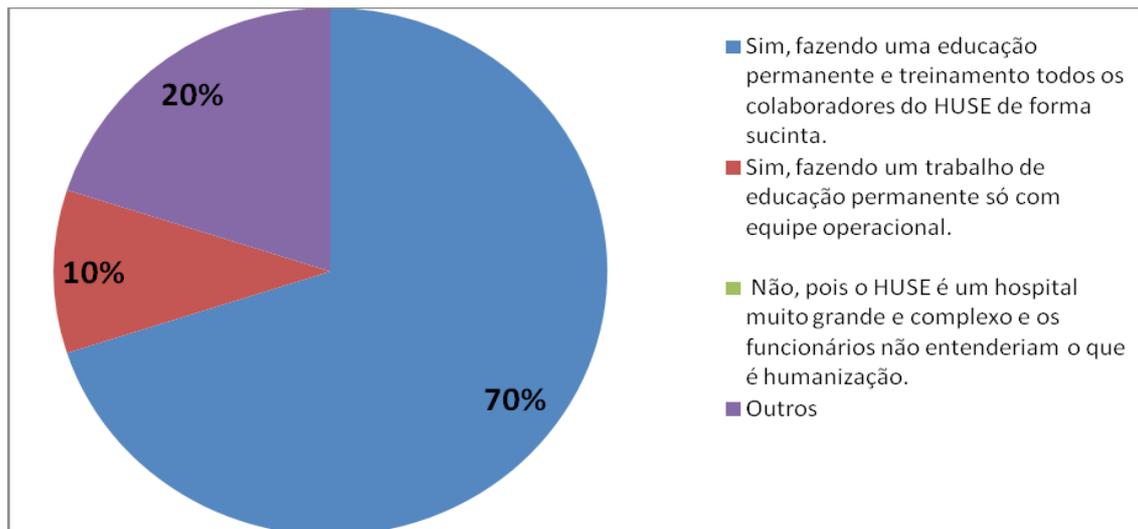
Para Barreto e Junior (2004) os históricos da evolução das políticas públicas no país demonstram as tentativas postas em prática pelos gestores públicos para contornar as deficiências na prestação de saúde, vinculadas diretamente as desigualdades sociais predominantes no país. Vale ressaltar que foi com a evolução destas políticas públicas que o SUS foi criado.

Acrescenta-se que dados recentes do Ministério da Saúde registram o fato que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS. São marcos atingidos pelo SUS que atestam essa abrangência conforme Ministério da Saúde (2008, p.05): Outro fator é a ineficiência dos postos de saúde que não suprem as necessidades clínicas dos usuários do SUS e acabam empurrando-os para os pronto-socorros dos hospitais, com isso surgindo um estrangulamento em todo o sistema de saúde. Conforme a Plano Nacional de Humanização (PNH) a forma como a saúde vem sendo operada no cotidiano do SUS tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde

Apesar de toda essa consciência de que a Humanização Hospitalar contribui extremamente na melhoria do atendimento e da visão do público alvo, o servidor não só do setor da saúde como de todas as áreas do serviço público

carrega mesmo que inconscientemente a mentalidade negativa de não praticar esse plus há mais de atender com humanidade, ou seja, fazendo a prática da empatia

Gráfico: nº 07 - Funcionamento da humanização hospitalar no HUSE



Fonte: Dados da Pesquisa

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Infelizmente as antigas práticas do serviço público interferem negativamente no desempenho laboral dos servidores da saúde, é sabido que os indivíduos que ingressam no serviço público o fazem com a intenção de não se esforçar, ainda mais quando a atividade exige pro – atividade e vocação, o gargalo é a interferência contínua através de estratégias que alinhem os servidores na direção do atendimento humanitário.

Uma das características mais marcante e contida na nossa construção de civilização brasileira por incrível que pareça, a influência da nossa catequização medieval entra em conflito com as orientações religiosas desse novo milênio e reforça a orientação do princípio público de que o estado é laico, impessoal e não interfere na orientação religiosa e construção das práticas de humanização hospitalar.

Independente de gênero e idade a implementação da humanização hospitalar que deveria ser corriqueira e incorporada diariamente não é implementado, pensado, planejado e incorporado, por causa da mentalidade capitalista selvagem da mais valia, colocando para segundo plano a característica mais ancestral do ser humano que é a fraternidade.

Todos os atores da área de saúde conhecem ou já fizeram algum curso com a temática humanização hospitalar, porém operam as aplicações de forma muito elementar e insatisfatória, Não é difícil observar que a opinião pública diariamente reclama de várias falhas no atendimento. É importante ressaltar que a unidade de saúde em questão recebe não só pacientes do estado de Sergipe como também de estados periféricos, provocando grande demanda de serviços, e a implementação do atendimento humanizado melhoraria muito a imagem da Unidade de Saúde.

Não que falte boa vontade dos funcionários da unidade em questão, o volume de trabalho é muito grande e todos tem a preocupação em somente trabalhar faltando tempo de se fazer o desenvolvimento do trabalho, ou seja, implementar a mentalidade do atendimento humanizado que é interpretado pela a

opinião pública como um atendimento descompromissado com as questões humanitárias.

No tocante a implementação do projeto da visita ampliada no HUSE observa-se que a maioria dos profissionais não entendem que a proximidade com amigos e parentes além de dar melhor conforto ao usuário acelera na sua recuperação, no questionário os profissionais responderam que a maior preocupação é com a questão operacional na prestação do atendimento, isso é relevante, mas não é o mais importante no atendimento, é interessante acrescentar elementos de características humanitárias ou que conheça um pouco sobre humanização, como por exemplo: empatia, atenção, respeito ao usuário e vocação para trabalhar na área de saúde pública.

O tema é discutido sistematicamente pelos os gestores e corpo funcional, estranhamente não é o que a opinião pública e várias mídias de comunicação dizem O que acontece que essa diretriz não é implementada satisfatoriamente? O corpo funcional da base até o topo da pirâmide do organograma funcional deve operar cotidianamente na implementação da humanização hospitalar sabendo que: a perfeita aplicação passa pelas menores ações até as mais complexas como: o abastecimento de insumos, remoção de pacientes, manutenção e limpeza na estrutura física interna e externa, segurança, transporte, assistência social e etc. Em especial a respeito do HUSE, o volume de atendimento é muito grande porque atende a todo estado de Sergipe como os usuários de outros estados comprometendo por demais a qualidade do atendimento.

A humanização hospitalar na pesquisa observou-se que é praticada de forma inconsciente, informal e artesanal no HUSE, e se faz necessário a criação de um programa didático pedagógico dirigido para a temática visando o aperfeiçoamento da prática, incorporando-a, de forma efetiva no cotidiano no processo de trabalho. Diante do objetivo de proporcionar aos gestores do HUSE que a humanização hospitalar é uma estratégia eficiente para prestação de um melhor atendimento aos usuários do SUS, o desenvolvimento deste estudo se mostrou bastante significativo. Evidenciou um perfil de gestores com conhecimento sobre o tema, porém sem pragmatismo.

REFERÊNCIAS:

- ARAÚJO, Gilvan Ferreira de; RATES, Susana Maria Moreira. **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no hospital municipal Odilon Behrens**. Org. ARAÚJO, Gilvan Ferreira de; RATES, Susana Maria Moreira. Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008.
- RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Aurea, 2009.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas S.A, 2007.
- MAZZOTTI, Alda Judith Alves. **O Método nas ciências naturais e sociais**. Pesquisas Quantitativas e Qualitativas. São Paulo. Pioneira, 2001.
- SANTOS FILHO, S B. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijui, 2009.
- SANTOS, Wanderley Guilherme do. **Cidadania e justiça: A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface**. Comunicação, Saúde, Educação, vol.9, n.16, p.39-52, set./fev.2005.
- ARRETCHE, Marta T.S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo: Anpocs, ano 11, n. 31, 1996.
- BARRETO JUNIOR, I Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **Revista São Paulo em Perspectivas**. vol.18 nº.3, São Paulo Jul/Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-8392004000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: Acesso em Maio, 2012.
- BARROS, Regina Benevides de. A política nacional de humanização. **3º Encontro temático de humanização da SES/SP**. Trabalhos apresentados. São Paulo, 2006.
- Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

-----Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS, Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2005.

-----Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 300 p. Série I. História da Saúde no Brasil, 2006c.

-----Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Apoiadores Sociais no Território para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde:** relatório final. Brasília, 2007.

-----Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde:** direito de todos: 2008 – 2011. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. ed.2. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP.** vol. 9(1), 2010. Disponível em: < www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/.../166/215 >. Acesso em: Julho 2012.

LEI Nº 6.346. DE 02 DE JANEIRO DE 2008. Publicado no Diário Oficial Nº 25424, do dia 03/01/2008.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Trabalho publicado In: LIMA, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 257-284. 2005.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil:** tendências da década de 1990. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

PORTAL DA SAÚDE. 2012. Disponível em: < <http://www.ses.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=152> >. Acesso em Maio, 2012.

SANTOS, Lenir; CARVALHO, Rogério. **O SUS do estado Sergipe:** uma reposta corajosa. 2008. Disponível em: < <http://www.idisa.org.br/img/File/SUSSergipe.pdf> >. Acesso em Maio, 2012.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, vol.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: <HTTP: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em Maio, 2012.

DIAS, Mariana Borges. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Curso Preparatório para o Concurso de Betim. Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade. Belo Horizonte. 2007.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, vol.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: <HTTP: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em Junho 2012.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, vol. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Márcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Prufer; MELLO, Lívia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panam Saúde Pública** [online]. 2010, vol.28, n.1, pp. 43-48.

LAKATOS, Eva Maria e Marconi, Marina Andrade. Fundamentos da metodologia científica 3ª ed. São Paulo, Atlas, 1991

APÊNDICE

APENDICE A - Questionário da Pesquisa

QUESTIONÁRIO:

Solicito sua colaboração no sentido de responder a este questionário que é pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Administração da Faculdade Amadeus, desenvolvido pelo o aluno Jardel Macêdo Batista. Sua participação é voluntária e extremamente importante. Obrigado!

1) Qual o seu grau de escolaridade?

- a) Ensino médio completo.
- b) Superior completo.
- c) Superior incompleto
- d) Ensino técnico

2) Qual a sua religião?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Espirita
- d) Outros: _____.

3) Qual a sua Idade?

- a) Entre 20 e 30 anos. () Feminino () Masculino
- b) Entre 30 e 40 anos () Feminino () Masculino
- c) Entre 40 e 50 anos () Feminino () Masculino
- d) Entre 50 e 60 anos () Feminino () Masculino

4) Você sabe o que significa Humanização Hospitalar?

- a) Sim, porém nunca participei de nenhum curso de humanização hospitalar.
- b) Não, pois nunca participei de nenhum curso de humanização hospitalar
- c) Sim, já participei de cursos/treinamentos que falam sobre o tema.
- d) Não, mais já pesquisei em internet, jornais e livros sobre o que é humanização hospitalar.

5) Pelo o que você sabe sobre Humanização Hospitalar, você considera importante a implantação eficiente da humanização nos hospitais públicos?

- a) Sim, pois acredito que ajudaria melhor no tratamento aos pacientes.
- b) Não, a humanização hospitalar é muito complexa.
- c) Sim, sanaria metade dos problemas em relação atendimento de urgências aos usuários.
- d) Talvez, a humanização deveria ser aplicada de forma sucinta e educativa a todos os funcionários.

6) Cite abaixo quais os projetos de Humanização Hospitalar existente no HUSE que você conhece:

Resposta:

7) Você acha que o projeto “visita ampliada” é eficiente na satisfação aos usuários no HUSE?

- a) Sim, mas resolve apenas uma pequena faixa de usuários e não tem nada haver sobre atendimento.
- b) Não, pois o projeto é direcionado para uma pequena faixa de usuários e não tem nada haver sobre atendimento.
- c) Não, a humanização hospitalar é uma estratégia muito mais complexa.
- d) Outros: _____.

8) Em relação a discussões sobre HUMANIZAÇÃO com sua equipe. Como você se comunica com os mesmos?

- a) Semanalmente, em reuniões de colegiado, pois o tema faz parte de todo o processo operacional e acho muito importante..
- b) Mensalmente, em reuniões de colegiado onde discutimos novas metas em relação o tema e verificamos o que planejamos em reuniões anteriores.
- c) Não falo sobre o tema, pois não acho tão importante e nunca dar tempo.
- d) Nunca falei com minha equipe, pois não entendo nada sobre humanização.
- e) Outros: _____.

9) Você acha que os hospitais públicos estão lotados por falta de Humanização?

- a) Sim, mas devemos verificar fatores externos. Quais
_____.
- b) Não, pois os profissionais da área da saúde conhece muito sobre humanização
- c) Não, mas devemos observar fatores externos: Quais
_____.
- d) Outros: _____.

10) Você acha que a Humanização Hospitalar poderia funcionar de forma eficiente no HUSE? De que forma?

- a) Sim, fazendo uma educação permanente e treinamento todos os colaboradores do HUSE de forma sucinta.
- b) Sim, fazendo um trabalho de educação permanente só com equipe operacional.
- c) Não, pois o HUSE é um hospital muito grande e complexo e os funcionários não entenderiam o que é humanização.
- d) Outros: _____.