

Lúcia Poletti



**A política nacional de humanização – PNH como foco da responsabilidade social do
Hospital Regional Público do Marajó - Breves- Pará-Brasil**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2021

Lúcia Poletti



**A política nacional de humanização – PNH como foco da responsabilidade social do
Hospital Regional Público do Marajó- Breves- Pará-Brasil**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2021

Lúcia Poletti

**A política nacional de humanização – PNH como foco da responsabilidade social do
Hospital Regional Público do Marajó- Breves- Pará-Brasil**

Atesto a originalidade deste trabalho,

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau
de Mestrado em Ciências Empresariais, sob a orientação da
Professora Doutora Judite Gonçalves de Freitas.

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, Ismael Poletti e Maria do Carmo Poletti (*in memoriam*) meus amores e presente divinos que me ensinaram tudo que um ser humano precisa para viver e sonhar: Amor, ética e bondade.

Ao meu esposo, amigo e eterno companheiro Cledes Silva, as minhas filhas Luana e Mayara e as minhas amadas netas Isadora e Alice que são luzes em meu caminhar.

E meu eterno agradecimento para minha orientadora Professora Doutora Judite Gonçalves de Freitas, e ao meu co-orientador Prof. Doutor Giovane José da Silva e à colega e companheira de jornada nas pesquisas, a Assitente social Tuane pela confiança, paciência, incentivo, amizade e magnífica orientação. Sem o apoio de todos, este trabalho não teria sido realizado. A vocês, minha eterna gratidão!

Agradecimentos

A Deus, acima de tudo, por ter me conduzido durante toda essa trajetória, proporcionando sabedoria e discernimento, possibilitando apesar das dificuldades, chegar até aqui e concluir mais uma etapa importante para minha vida.

À minha família que contribuiu diretamente para que esse momento fosse possível, agradeço pela compreensão e companheirismo de todos mesmo quando estive ausente.

Aos meus amigos em geral e especial ao meu sempre gestor e amigo Adriano Flávio de Lima que desde o primeiro momento me apoiou e ajudou a chegar até aqui. Agradeço à toda equipe do Hospital Regional Público do Marajó - HRPM pelo apoio e compreensão.

Especial agradecimento aos professores do curso de Ciências empresariais da Universidade Fernando Pessoa que foram extremamente importantes nesse processo de formação, compartilhando seus conhecimentos e experiências, especialmente a minha incansável orientadora Professora Doutora Judite Gonçalves de Freitas que foi brilhante durante a estruturação deste trabalho, muito obrigada pela confiança e experiência compartilhadas. Aos professores, por aceitarem o convite de avaliadores da banca e meu agradecimento afetuoso ao meu coorientador, amigo e mentor Prof. Doutor Giovani José da Silva que em todos os momentos me ajudou a buscar forças e conhecimento para a finalização deste trabalho.

Aos meus colegas de turma, em especial ao querido amigo João Castro, querida Vera Fidalgo e Andreia Santos que fizeram parte de muitos momentos no período deste mestrado, foram pessoas compreensíveis, amáveis e por momentos de trocas nos trabalhos de grupo, serão sempre lembradas com muito carinho. Aos demais companheiros que de alguma forma dividiram as disciplinas, pelo carinho e amizade de todos.

Às colegas mestradas de Santarém-PA, Atais, Neusa e Lindomar, pelas orientações, conhecimentos e experiências compartilhadas e um abraço muito especial e afetuoso para as companheiras de profissão, colegas de trabalho e amigas pessoais Merciana Cereta e Tuane que mesmo em tempos de pandemia não mediram esforços para me ajudar na finalização desta dissertação.

Enfim à todos que direta ou indiretamente foram responsáveis pelo meu amadurecimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

Resumo

O presente estudo tem por objetivo demonstrar a atividade desenvolvida por um Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM), situado no município de Breves-Pará. Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização dos Procedimentos Hospitalares - PNH, com a finalidade de melhorar o atendimento aos usuários de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, estimulando a comunicação entre os seus três atores (gestores, colaboradores e usuários), assente em seis diretrizes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários; e três princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Para difundir a PNH no ambiente hospitalar, temos o Grupo de Trabalho de Humanização, que tem como objetivo fomentar a criação de um espaço coletivo para a melhoria dos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde, ou seja, a eficácia e melhoria das políticas públicas. O problema da pesquisa centra-se no estudo da importância e eficácia prática deste dispositivo. Para tal, realizamos um estudo no HRPM, uma unidade hospitalar de média e alta complexidade, que atende a população dos municípios de Breves, Anajás, Bagre, Currálinho, Gurupá, Melgaço e Portel, localizados na ilha do Marajó, considerada a região com o menor Índice de Desenvolvimento Humano-IDH no Brasil. A pesquisa deste trabalho está conectada à dimensão social e política das políticas públicas de saúde no município de Breves-Pará. A metodologia de trabalho assentou no desenvolvimento de uma investigação descritivo-exploratória, para além da pesquisa bibliográfica (livros e artigos científicos especializados), e documental (leis, regulamentos, disposições e programas governamentais), sustentada numa abordagem qualitativa e quantitativa. Como complemento valioso de informação foi administrado um pequeno questionário de respostas abertas, aplicado a 16 participantes; ainda realizadas, três entrevistas a elementos de direção do HRPM, contabilizando 19 participantes. A pesquisa apresentada é o resultado da conjugação do referencial teórico e legislativo com o estudo empírico por nós encetado.

Palavras-chave: Ilha do Marajó, Hospital Regional Público do Marajó, Política Nacional de Humanização, Grupo de Trabalho de Humanização, Políticas públicas de saúde, Brasil.

Abstract

This study aims to demonstrate the activity developed by a Humanization Work Group at the Public Regional Hospital of Marajó (HRPM), located in the city of Breves-Pará. In 2003 the National Policy for the Humanization of Hospital Procedures - PNH was launched, with the purpose of improving the service to health users of the Unified Health System - SUS, stimulating communication between its three actors (managers, employees and users), based on six guidelines: reception, participatory management and co-management, ambience, expanded and shared clinic, Appreciation of Workers and Defense of Users' Rights; and three principles: transversality, inseparability between care and management and protagonism, co-responsibility and autonomy of subjects and groups. To spread the PNH in the hospital environment, we have the Humanization Work Group, which aims to promote the creation of a collective space for the improvement of work processes and quality of health production, that is, the effectiveness and improvement of policies public services. The research problem focuses on the study of the practical importance and effectiveness of this device. To this end, we carried out a study at the HRPM, a medium and high complexity hospital unit, which serves the population of the municipalities of Breves, Anajás, Bagre, Curralinho, Gurupá, Melgaço and Portel, located on the island of Marajó, considered the region with the smallest Human Development Index-HDI in Brazil. The research of this work is connected with the social and political dimension of public health policies in the city of Breves-Pará. The work methodology was based on the development of a descriptive-exploratory investigation, in addition to bibliographic research (books and specialized scientific articles) and documentary research (laws, regulations, provisions and government programs), supported by a qualitative and quantitative approach. As a valuable complement of information, a small open-response questionnaire was administered, applied to 16 participants, and three interviews were also carried out with elements of HRPM's management, counting 19 participants in the survey. The research presented is the result of the conjugation of the theoretical and legislative framework with the empirical study undertaken by us.

Keywords: Ilha do Marajó, Public Regional Hospital of Marajó, National Humanization Policy, Humanization Working Group, Public Health Policy, Brazil.

ÍNDICE GERAL

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo.....	vii
Abstract	viii
Índice de Figuras	xi
Índice de Gráficos	xii
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Siglas	xiv
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	5
1.1. Relance histórico sobre as origens remotas da saúde pública do Brasil.....	5
1.2. Fragilidades do Sistema Único de Saúde.....	11
CAPÍTULO II. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	17
2.1. O significado de humanização e o processo de evolução do ser humano	17
2.2 Contextualização da Política Nacional de Humanização (PNH)	21
2.2.1. Diretrizes da PNH.....	24
2.2.2. Princípios da PNH.....	26
2.2.3. Principais objetivos do Humaniza SUS.....	26
2.2.4 A importância da formação de pessoal para a prática da humanização no processo das unidades de saúde.	27
2.2.5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	28
CAPÍTULO III. MARAJÓ: DIMENSÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	30
3.1 Caracterização social e demográfica do Marajó	30
3.1.1 HRPM – Hospital Regional Público do Marajó, humanizando o atendimento de saúde pública do município de Breves/Pará	34
3.2. Perfil do Hospital Regional Público do Marajó	38
3.2.1. Leitos de Internação.....	38
3.2.2. Demonstrativo da realização das metas físicas contratuais	40
3.2.3. Perfil epidemiológico.....	41

3.2.4. Gestão de recursos humanos	41
3.2.5. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente- NQSP	43
3.2.6. Incentivo ao desenvolvimento profissional	45
3.2.7. Satisfação dos Usuários	46
3.2.8 GHT - Grupo de Trabalho e Humanização do HRPM	46
CAPÍTULO IV. MAPEAMENTO SITUACIONAL DA HUMANIZAÇÃO NO HRPM.....	48
4.1. Breve descrição dos projetos realizados pelo HRPM.....	48
4.2. O processo de implementação da humanização do HRM.....	63
4.3. Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM.....	65
4.4. Proposta de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização	66
CONCLUSÃO	70
Bibliografia e fontes	75
Anexo 1. Autorização para coleta de dados	85
Anexo 2. Questionário	86
Anexo 3. Entrevistas.....	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa 1 - Arquipélago do Marajó.....	30
Figura 2. Frente da cidade de [Sant'Ana dos] Breves	34
Figura 3. Mapa 2- População de Breves (2010).....	35
Figura 4. Projeto Aniversariantes do Mês/Fevereiro 2019	50
Figura 5. Projeto Educação e Saúde – Mini Palestras	51
Figura 6. Projeto Datas Comemorativas, registro do Dia do Faturista.	51
Figura 7. Projeto Datas Comemorativas, cartão do Dia do Faturista.....	52
Figura 8. Horta orgânica do HRPM.....	52
Figura 9. Projeto Acompanhando o Acompanhante.....	53
Figura 10. Culto no Hall das Clinicas do HRPM.....	54
Figura 11. Projeto Brinquedoteca	55
Figura 12. Projeto Redário nas Areas de Internação	55
Figura 13. Projeto Redário na UTI Neonatal do HRPM.....	56
Figura 14. Projeto Biblioteca Itinerante “Gotas do Saber”	57
Figura 15. Treinamento GAAME, para as mães acompanhadas pelo hospital	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Relação entre renda, pobreza e desigualdade social	37
Gráfico 2. Média de Satisfação Interna 2019	61
Gráfico 3. Média de Satisfação Externa 2019	62
Gráfico 4. Média de Satisfação Geral 2019.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Municípios, população, extensão territorial e densidade demográfica do Marajó.....	32
Tabela 2. Indicadores Sociais da Mesorregião do Marajó.	33
Tabela 3. Leitos de Internação	39
Tabela 4. Leitos de internação/(UTI`s)	39
Tabela 5. Centro Cirúrgico.....	39
Tabela 6. Ambulatório	40
Tabela 7. Triagem (U/ E).....	40
Tabela 8. Total de colaboradores por diretoria	43
Tabela 9. Treinamentos internos e externos realizados em 2019	46
Tabela 10. Diretrizes e Dispositivos da PNH, desenvolvidos, pelo GTH no HRPM.....	49
Tabela 11. Distribuição classificativa dos projetos	59

ÍNDICE DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CF	Constituição Federal
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CITEC	Comissão para Incorporação de Tecnologias
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COAMA	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Meio Ambiente
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COSANPA	Companhia de Saneamento do Pará
CTH	Câmara Técnica de Humanização
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDH	Declaração dos Direitos Humanos
DNSP	Departamento Nacional de Sistema Único de Saúde Pública
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GAAME	Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HMB	Hospital Municipal de Breves
HRPM	Hospital Regional Público do Marajó
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBio	Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INDSH	Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PA	Pará
PDTSAM	Plano de Desenvolvimento Territorial Sustentável do Arquipélago do Marajó
PNAB	Política de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
POA	Planos Operativos Anuais
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RNs	Recém Nascidos
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAU	Serviço de Atendimento ao Usuário
SBAR	Situação, Breve História, Avaliação e Recomendação
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SEPOF	Secretaria de Planejamento, Orçamento e Finanças
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SPS	Sistema Público de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência e Emergência

INTRODUÇÃO

O presente estudo, “A Política Nacional de Humanização – PNH como foco da responsabilidade social do Hospital Regional Público do Marajó – Breves-Pará -Brasil”, tem por objetivo analisar o Trabalho do Grupo de Humanização do Hospital Regional Público, localizado na ilha do Marajó, no município de Breves-Pará. Esta região é considerada a que apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano-IDH, no Brasil, atendendo aos indicadores sociais de mortalidade infantil, desnutrição, desemprego, fome, malária e óbitos por doenças parasitárias. Neste contexto, questionamo-nos sobre a operacionalização e aperfeiçoamento da política de saúde na região, tendo conhecimento de que houve um impacto positivo com a inauguração do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM) no município de Breves-Pará, destinado a atender parte dos municípios da ilha do Marajó, atento à necessidade de garantir o direito à saúde, mediante a melhoria da assistência prestada aos usuários, com projetos e ações pautados nas diretrizes e propostas da Política Nacional de Humanização (PNH), promovendo a qualidade e humanização no serviços prestados à população.

A pergunta de partida do trabalho remete para a questão de saber quais as reais condições, viabilidades e impactos da implementação da Política Nacional de Humanização do Hospital Regional Público de Marajó, e que modelo de responsabilidade social é realmente promovido e praticado.

Outrossim, o estudo visa compreender a conjuntura histórica da saúde no Brasil, especificamente, na ilha do Marajó e no município de Breves, realçando a importância do HRPM, para a saúde da população dos municípios de abrangência atendidos, além de demonstrar a relevância da implantação das diretrizes e dispositivos para os usuários dos serviços como o Grupo de Trabalho de Humanização, destacando as melhorias e a satisfação do usuário, no atendimento humano e de qualidade, valorizando todas as pessoas envolvidas no processo de trabalho que visa a garantia de prestação de serviços de saúde (MS, 2006, p. 8) criando ações e projetos de acordo com as peculiaridades da população atendida, respeitando sua cultura local, e ainda apresentando propostas de inovação da PNH.

A metodologia de pesquisa exploratória-descritiva estruturou-se com base numa abordagem qualitativa e quantitativa, complementada pela elaboração de um inquérito por questionário com perguntas mistas - ou seja, abertas e fechadas - e a realização de três entrevistas semiestruturadas, a (3) três colaboradores da gestão do HRPM. A recolha de fontes primárias foi efetivada por via eletrônica, por meio da pesquisa e análise de fontes de informação científica - livros e artigos científicos especializados - recolhidas em bibliotecas online e bancos de dados conceituados, v.g. SCIELO, ELSEVIER, SCOPUS; assim como repositórios institucionais universitários, para além da compulsa e análise de leis, regulamentos e documentos do governo federal e ministeriais que incluem informações e dados relevantes para o nosso trabalho.

O estudo está estruturado em quatro capítulos, para além da Introdução e da Conclusão.

No capítulo I, denominado “*O Sistema Único de Saúde no Brasil*”, realizamos uma abordagem histórica sobre as origens da política de saúde, com a chegada dos Portugueses ao Brasil, criando o primeiro centro de ações sanitárias, e as duas primeiras escolas de medicina, bem mais tarde, num cenário em que a saúde funcionava como um sistema vinculado àqueles cujas contribuições previdenciárias eram recorrentes. Ou seja, o sujeito precisava ter vínculo de trabalho para então ter direito ao benefício de saúde (Brasil, 2013).

Logo mais nos remetemos ao início do século XX, momento este em que as cidades brasileiras se achavam à mercê de doenças epidêmicas, pela ausência de um modelo sanitário adequado, ocasionando graves problemas à saúde coletiva e à economia agroexportadora do café, que sob os interesses do Estado é substituída pela industrialização, mediante reivindicações trabalhistas que resultam na criação de políticas sociais - como a de saúde - que passa a assumir características capitalistas, afetando a saúde pública com o crescimento da medicina previdenciária, restrita aos trabalhadores assalariados, por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), - mais tarde, incorporadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), resultado da aprovação da Lei Eloy Chaves.

Em decorrência a essas transformações, evidencia-se o confronto entre dois projetos: de um lado, o Projeto de Reforma Sanitária de 1980, inscrito na Constituição Federal de 1988, tendo por finalidade assegurar um Estado democrático e de direitos, de acesso universal, mediante o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico a todo cidadão.

Por outro lado, o “Projeto de Saúde” vinculada ao Mercado ou Privatista de 1990, pautado na política de ajuste neoliberal, mediante investimentos que se voltam ao privado, atendendo aos que têm acesso ao mercado” (Bispo e Paes, 2015 *cit. in* Bravo e Matos, 2012).

O capítulo II, intitulado “*a Política Nacional de Humanização dos Procedimentos Hospitalares*”, apresenta o múltiplos sentidos de humanização; dentre os diversos conceitos para o Ministério da Saúde, a Humanização “é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, através da autonomia, do protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, estabelecendo vínculos solidários e garantindo direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão”. Outrossim, da ênfase a PNH, criada em meados de 2003, tem-se como objetivo a melhoria do atendimento aos usuários de saúde do SUS. A proposta é estimular a comunicação entre os três atores (gestores, colaboradores e usuários), e o resultado dessa interação consiste na reprodução de mudanças no gerenciamento das ações que possam contribuir no cuidado com o usuário. Nesta linha, o PNH traz em seu arcabouço teórico, seis diretrizes: “*acolhimento, gestão participativa e cogestão, Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários; e três princípios que envolvem a “Transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão e Protagonismo”*” (PNH, 2013,p. 06-11).

No capítulo III, denominado “*Marajó: dimensão social, demográfica e de saúde pública*”, contextualiza-se a caracterização social e demográfica da ilha do Marajó, situada no estado do Pará e considerada a maior ilha fluviomáritima do mundo e o maior e mais bem preservado parque ecológico da Amazônia.

O capítulo IV, designado “*Mapeamento Situacional da Humanização no HRPM*”, apresenta os projetos e ações desenvolvidos no HRPM, todos pautados nas diretrizes e dispositivos da PNH, em cujo “acolhimento” temos os projetos: Horta, Aniversariante do mês, Educação e Saúde e Comemorando Saúde - Datas comemorativas; na “Clínica Ampliada”, dispomos dos projetos: Lavagem de Roupas de Acompanhantes e Usuários, Acompanhando o Acompanhante, Celebração Mensal (Capelania), Brinquedoteca, Redário e Biblioteca Itinerante (Gotas do Saber); na “Cogestão”, temos: Projeto Social do HRPM com comunidades carentes do município de Breves/Natal Solidário, IHAC e Projeto Café, com a diretoria; em

“Defesa dos direitos do Usuário” contamos com o projeto GAAME e as ações do Serviço de Atendimento ao Usuário S.A.U; “Grupo de Trabalho e Humanização” conta com a Comissão de Humanização Constituída e atuante; “Programa de formação em saúde do trabalhador”, dispomos do Núcleo de Educação Permanente atuante e “Projetos co-geridos de ambiência”, que conta com o projeto Vídeo Institucional.

CAPÍTULO I. CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

1.1. Relance histórico sobre as origens remotas da saúde pública do Brasil

Na Constituição Federal promulgada em 1988, a saúde foi instituída no ordenamento jurídico brasileiro, conquanto um “direito de todos” e um “dever do Estado” (art. 196.º-200.º). Neste cenário, a saúde passa a ser um direito universal do cidadão brasileiro, configurando, ainda, um dever do Estado (Barros, 2006). Desta sorte, a saúde oficializa-se em lei como uma obrigação do Estado.

A constituição declara que “o sistema de saúde pública deve ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil” (Sistema Único de Saúde - Lei 8.080 de 1990, art. 196.º). O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como desígnio adquirir um perfil público que preconiza mecanismos reguladores buscando aprofundar a igualdade social de acesso à saúde no Brasil. Aliás, podemos adiantar que sobre o SUS pode-se consultar diversos outros textos a que iremos referir ao longo da nossa exposição (Brasil, 1990).

Assim como nós somos o fruto das nossas histórias vividas ao longo dos anos, o SUS do Brasil também é o resultado de movimentos pautados pela evolução social, política e legislativa brasileira. Atualmente, é considerado nacional e, internacionalmente, uma conquista social, consagrada e regulamentada na Constituição Federal de 1988.

Pôrto (2006) elucida que, na ocasião do achamento do Brasil, o modelo de atenção à saúde no Brasil é resultado da mistura étnica e de troca de experiências entre europeus, índios e africanos, particularmente no que se refere à prática médica; e Baptista (2007) comenta que, a remota chegada dos portugueses, o divisor de águas para o nascimento de uma nova política de saúde.

Ainda segundo Baptista (2007, p. 8) “(...) a diversidade racial no Brasil desde a sua colonização, possibilitou uma mistura de diversas doenças, surgindo assim uma espécie de universalização patológica (...)”.

Um exemplo deste fato, frequentemente citado, é o caso da malária, “uma doença parasitária infecciosa, causada por protozoários do gênero Plasmodium, que se multiplicam nos eritrócitos (células vermelhas do sangue) do hospedeiro, sendo transmitida pelo mosquito fêmea do gênero Anopheles” (Amaral, 2015, p.3).

De igual modo, muitas foram as doenças de origem europeia trazidas pelos colonizadores, tais como peste bubônica, a cólera e a varíola e a gripe (Amaral, 2015).

Este cenário caótico e perigoso instigou à implantação, por parte dos portugueses, das Santas Casas de Misericórdia, que se mantiveram até os dias atuais. Por conseguinte, Oliveira (2012) enfatiza que na medida em que avançava e surgiam novas doenças, surgiram os chamados “Homens Bons”, sendo elas associações e irmandades constituídas por pessoas de posses – católicos, em sua maioria - determinados a realizar obras de cunho assistencial, ou seja, direcionadas para a assistência social (albergues, hospitais...), ao abrigo do imperativo da prática da caridade, tão ao gosto e tendência, na altura.

Encontramos relatos que discorrem sobre a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, datada em 1808, a qual traz significativas mudanças para a colônia, que passou a se constituir sede provisória do império português, com a denominada capital no Estado do Rio de Janeiro, cujo principal porto do país se transformou em exemplo de ações sanitárias no país. A criação de centros de formação de médicos fez com que houvesse modificações no tratamento de doenças e combate. Deste modo, na primeira década do século XIX, por ordem real, foram criadas as academias médico-cirúrgicas, que logo mais foram transformadas em Escola de Medicina, vindo a ser considerada a primeira no Brasil .

Machado (1978) comenta:

Muito embora não tenha destruído e controlado os focos epidêmicos, a junta foi uma inovação na organização da higiene pública no Brasil. Este modelo ainda perdurou até finais do século XIX, fazendo com que a fase imperial do Brasil finalizasse sem que o Estado apresentasse eficácia nos graves problemas de saúde da comunidade (Machado, 1978, p.8).

Em 1889, quando foi proclamada a República, projetou-se a urgente necessidade de modernizar o Brasil. Assim, era importante desenvolver a economia e a sociedade, de pendor

fortemente escravagista até pouco tempo antes, mormente com as relações económicas com o mundo capitalista.

Para Bertolli Filho (2004), a medicina no Rio de Janeiro assumiu um papel importante no Estado, garantindo a melhoria da saúde individual e coletiva e proporcionando ao país, modelos de referência no atendimento.

Neste embate, emergiu a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, que na industrialização intensificam seus conflitos em busca de garantias legais que vão de encontro aos seus interesses. Com base na Constituição de 1891, e com respaldo das políticas sociais, a sociedade podia exigir do Estado a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e da educação.

Neste viés, Lima (2005) afirma que a ausência de um eficaz modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras expostas a doenças epidémicas, à altura recorrentes ¹. A conjuntura pandémica culminou num verdadeiro caos sanitário.

Bispo e Paes (2015), por sua vez, acreditam que a ausência de um modelo sanitário nas grandes cidades brasileiras deixava a população sem proteção necessária e totalmente propícia aos fluxos epidémicos. Os graves problemas para a saúde coletiva da população, também afetou a economia agroexportadora do café, resultando em problemas sociais graves, mediante múltiplas expressões da questão social.

Segundo Polignano (2006), com o intuito de minimizar o impacto social e económico ocasionado pelas epidemias, foram criadas ações governamentais para erradicá-las, legadas ao governo do Presidente Rodrigo Alves (1902-1906). Oswaldo Cruz foi nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, e criaram o modelo de intervenção conhecido como campanhistas, a partir de uma visão militar.

¹ São doenças que se propagam rapidamente atingindo um número expressivo de pessoas de uma mesma cidade ou região. Na década de 30, com o desenvolvimento da industrialização, grande parte dos operários das fábricas, em decorrência da falta de um quadro sanitário adequado, ficavam à mercê das epidemias, dentre as quais destacam-se: a malária, a dengue e a varíola (Lima, 2005).

Nesse contexto, o modelo sanitarista campanhista desenvolveu-se em duas frentes de ação: uma na cidade e outra no campo. Nas cidades, vocacionado para apoiar as elites dos primeiros surtos industriais, e também as oligarquias. Tal processo acompanha a urbanização crescente, bem como o emprego de imigrantes e que, segundo Silva, *et alii* (2018), em 1920 foram utilizados como trabalhadores, algo em torno de 20,40% na indústria. Nas zonas rurais objetivava-se garantir e fortalecer o comércio exterior, numa economia basicamente agroexportadora, assente na monocultura do café².

Conass (2011) em seus estudos, faz recuar o nascimento e a consolidação do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil nos anos de 1889 e 1930 (1889-1930)³. Para o autor é de extrema relevância a criação do Departamento Nacional de Sistema Único de Saúde Pública (DNSP) e as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, que podem efetivar as ações do Governo Federal, cujo reconhecimento vem com a aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1923⁴.

A Lei Eloy Chaves decretou como uma das obrigações das companhias ferroviárias a implantação de uma caixa de aposentadorias e pensões (CAPs), responsável por recolher a contribuição dos patrões e a dos trabalhadores, concebendo a prestação de benefícios, nas modalidades de aposentadorias e pensões, como a prestação de assistência médica e medicamentosa.

Segundo Souza (2014), um outro marco de extrema importância foi a criação do SPS - Sistema Público de Saúde, que teve seu surgimento após a 3ª Conferência Nacional de Saúde, ao final de 1963, que apresentou vários estudos justificando a criação do SPS no âmbito nacional, ressalta. As duas principais bandeiras dessa conferência foram a criação de um sistema integrado de saúde para todos e a organização descentralizada desse sistema (protagonismo do município).

² Silva (2015) explica que, até ao ano de 1944, o Governo Getúlio Vargas (1930-1945) manteve uma política de valorização do café, mesmo quando promoveu os primeiros surtos industriais na indústria de base, financiada por empréstimos externos.

³ Corresponde ao período de 1889 a 1930, tendo sido iniciado com a Proclamação da República a 15 de novembro de 1889 e terminou com a deposição de Washington Luís em consequência da Revolução de 1930.

⁴ Foi instituído o Decreto-lei nº 4.682, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), aprovado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República Arthur Bernardes, conhecido como “Lei Eloy Chaves”, em 24 de janeiro de 1923, a qual foi proposta pelo deputado federal Eloy Chaves, aprovada pelas duas Casas do Congresso Nacional, considerada a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, nas empresas de estradas de ferro, e ampliado as demais, posteriormente (Bispo e Paes, 2015, p. 20).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde propôs, ainda, definições de ações que contemplassem os governos federais, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, sempre em busca de melhores resoluções. (Dourado, 2009).

Com a instauração da ditadura militar, no ano de 1964, a utilização dos canais formais e informais de controle da Administração Pública e, inclusive, a defesa dos direitos dos cidadãos brasileiros, foram obstruídos. Este panorama se estendeu até os últimos anos da ditadura militar, e até depois da queda deste regime, onde a sociedade tinha o direito de atuar de forma livre dentro do sistema político.

Diante dessas modificações, a saúde pública passou a ser vista com um olhar social. Daí iniciou-se a criação de vários conselhos, entre eles: CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, o CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conass, 2009).

Para Souza (2010) no período da criação desses conselhos, o povo brasileiro continuou imerso em diversos conflitos sociais, tendo como causas as profundas desigualdades, o alto índice de desemprego, o grande contingente de miseráveis em total situação de pobreza. Foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que marcou um impactante e grandioso momento para a saúde pública brasileira, a criação do SUS - Sistema Único de Saúde (Brasil, 1986).

Segundo Souza (2010), essa Conferência foi considerada o início da grande Reforma Sanitária Brasileira emergindo na sociedade com diversos temas: ampliação do novo Sistema Nacional de Saúde, a separação do Sistema de Saúde da Previdência Social e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (Paiva, 2014).

O relatório final de 8ª Conferência Nacional de Saúde se consolidou tal qual um instrumento influenciador às responsabilidades do Estado na função de assegurar o direito à saúde para todos, com condições de acesso real e qualidade dos serviços (Brasil, 1986).

Este relatório foi de alta relevância no processo de criação de uma nova Constituição para o país, em 1988. Além de estabelecer os objetivos a serem alcançados, traz em seu arcabouço

teórico as definições para os níveis Federal, Estadual e Municipal, reforçando a necessidade de transformação para um Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, promulgada a atual Constituição do Brasil, a chamada “Constituição Cidadã”, sem sombra de dúvida foi de extrema importância, um marco histórico para as políticas públicas voltadas para a saúde no Estado. A Constituição Federal de 1988 traz um conceito muito mais amplo de Saúde Pública, incorporando:

“Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação”.(Matta 2007, *apud* Araújo 2016, p.04) No art. 196.º refere-se que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição da República Federativa do Brasil, art. 196.º, 1998, p. 118-119).

Pode-se observar que ficam definidos os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro, sendo um dos principais a universalidade que passa a fazer parte das ações definidas na Constituição, sendo ela de relevância pública (Connas, 2003).

Neste contexto, Matta (2007) traz reflexões acerca do SUS. Para o autor é importante seguir os princípios e as diretrizes que garantem a universalidade, a integridade, a equidade e os direitos dos sujeitos, que envolvem a vida.

Verificando o art. 7.º da Lei 8.080 de 1990 que já referimos,

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: **I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade** [sublinhado nosso]” (Brasil, 1990, p. 4).

O SUS, desde a sua criação em 1988, mostrou-se como uma das maiores, senão a maior decisão política do País, mediante a promoção da justiça social e a inclusão. *“Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido”* (Connas, 2011, p. 28).

Souza (2010, p. 4) ressalta que: *“o SUS, como responsável por ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, apresenta propostas legislativas completas para um sistema de saúde nacional.”* No entanto, a população sente que isto se torna muito difícil sair do papel. As dimensões territoriais continentais imensas continuam enfrentando desafios sociais, econômicos, políticos, em meio a inúmeras desigualdades. Esta imensa territorialidade torna a efetivação algo muito difícil de ser realizado.

O conceito de saúde na esfera da Organização Mundial de Saúde, *“é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença, envolvendo questões como emprego, lazer, educação, moradia, saneamento, entre outras”* (Souza e Costa, 2010, p. 513).

Ainda Souza (2017), afirma e enfatiza que *“embora esse conceito seja tomado como quase uma utopia, pois algum grau de doença é compatível com o estado de saúde, é imprescindível considerar a participação dos determinantes socioeconômicos no processo saúde-doença.*

1.2.Fragilidades do Sistema Único de Saúde

As fragilidades do Sistema Único de Saúde podem encontrar-se em várias aspectos. Para abordarmos esse tópico, torna-se necessário enfatizar o contexto histórico que perpassa a criação do SUS. Como é do conhecimento público, o Ministério da Saúde sempre recebeu o apoio dos estados e municípios, ou seja, os antecedentes do SUS já desenvolviam projetos que buscavam a promoção e prevenção da saúde, com objetivo de evitar problemas sociais que afetassem os interesses econômicos; nesse sentido, realizavam ações para o controle de endemias e campanhas de vacinação, sendo todas essas ações desenvolvidas em caráter universal (Bispo e Paes, 2015).

“O Ministério da Saúde atuava na área de assistência à saúde apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, como o interior do Norte e Nordeste do Brasil. A assistência à saúde era igualmente prestada através de ações, conhecidas como assistência médico-hospitalar, oferecidas à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados, e, sobretudo, por instituições de caráter filantrópico. Esta população não tinha nenhum direito, os serviços eram reconhecidos na condição de um favor, uma caridade.” (Brasil, 2002, p.11).

De acordo com Bravo (2001), a intervenção estatal na saúde, na década de 1960, foi dividida em dois setores: o primeiro diz respeito à saúde pública e o segundo, de medicina previdenciária; esta última, realizada pelos IAPs, na compra de serviços médicos privados, de cunho curativo com estruturas de atendimento hospitalar e corporação médica de bases capitalistas, passando a pressionar o estado para financiá-las, enquanto a saúde pública se direcionava para criar ações sanitárias mínimas para a população urbana, que não era assegurada com a assistência médica dos IAPs, restringindo-se a população rural. (Bispo e Paes, 2015).

Vale a pena salientar que a política de saúde nasce constituída de forma segmentada, em um cenário marcado pela eclosão da assistência à saúde por meio da previdência social, no Brasil. Desta forma, Bispo e Paes (2015) acreditam que a Previdência Social, com a sua perpetuação dos direitos sociais do Estado, traz a “*segmentação de suas clientelas, nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os (IAPs), e ofereciam também residualmente assistência à saúde, de formas diferenciadas*” (Menicucci, 2014, p. 79).

Observa-se na história que a atuação do poder público no campo da atenção à saúde dos pobres era realizada por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente, em 1985, denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - é considerada instituição autoritária do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Diante o exposto, é importante notar que o INPS é uma mistura de instituições de aposentadoria e pensão (o chamado IAP) de diferentes categorias, incluindo bancos, comércio, indústria etc. Por outro lado, o Instituto Nacional de Previdência Social e Assistência Médica (INAMPS) é responsável pela assistência médica aos seus associados,

ou seja, não existia a universalidade que hoje é um dos princípios básicos do SUS (MS, 2002, p.11).

Diante das mudanças apresentadas na política de saúde, a autora Menicucci (2014,p.79-80), enfatiza:

“[...] a opção política dos governos para dar conta dessa ampliação de cobertura foi não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada. Nesse sentido, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços, quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares [...] se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio dos convênios, posteriormente as empresas tornam-se independentes do governo e passam a prescindir de seus incentivos financeiros. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde empresariais. A consequência política disso para o SUS é muito grande, uma vez que perde significativo apoio de um ator político que é exatamente a massa de trabalhadores organizados” (Menicucci, 2014, pp. 79-80).

Neste contexto o INAMPS utilizava, nos estados, recursos direcionados para a assistência à saúde, através de suas superintendência regional; assim, de acordo com que se desenvolvia a economia do Estado, também cresciam “*as relações formais de trabalho, e em consequência o número de beneficiários e a necessidade de recursos para subsidiar a assistência da população*” (Brasil, 2002, p. 12).

Os brasileiros, ao desenvolverem ações voltadas à assistência à saúde, eram divididos em três categorias: os que são atendidos pelo INAMPS, os que procuram o atendimento privado e os que não tinham nenhuma assistência, aqueles mais necessitados. Efetivamente, os mais necessitados eram os que menos recebiam, e na maioria dos casos morriam sem ter assistência à saúde (Brasil, 2002).

“Com a crise de financiamento da Previdência, em meados da década de 1970, o INAMPS adota providências para racionalizar as despesas, e na década de 80, começam a adquirir, “comprar” serviços do setor público e de redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através do estabelecimento de convênios. Nessa época o INAMPS repassa aos trabalhadores rurais, que eram precariamente assistidos pelos hospitais conveniados com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), um tratamento equivalente ao prestado aos trabalhadores urbanos. Essa medida

representou um avanço benéfico ao acesso dos serviços de saúde a essa população e correspondeu a um avanço no processo de democratização dos serviços de assistência à saúde. Por finais da década de 80, o INAMPS passou a adotar medidas de cobertura universal da clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS, mormente para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Por conseguinte, esse processo, quando iniciou a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), nasceu através da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais”. (Brasil,2002,p.13).

Diante de tudo que foi exposto, vale a pena salientar que o Sistema Único de Saúde surge mediante a conquista do Movimento da Reforma Sanitária, que ocorreu em meados dos anos de 1988, com a Carta Magna, a Constituição Federal de 88, com destaque para o art. 196.º que conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”.

Por outro lado, o parágrafo único do art. 198.º determina que: “*o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195.º, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes*” (Brasil, 2003,p.20).

“Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste entendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS [...] um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Esse fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano. A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. (Brasil,2002,p.14)

Do mesmo modo, é importante destacar o processo de implantação do SUS, que, como já adiantado, oferece o atendimento universal ao sistema de saúde do país. Vale a pena esclarecer que a participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS se constituiu como instrumento para assegurar o viés universal e democrático da assistência médico-hospitalar. (Brasil,2002).

O antigo INAMPS teve a sua extinção em 1993, com a promulgação da Lei n° 8.689, de 27 de julho de 1993, três anos após o lançamento do SUS, que estabelecia que:

“As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8. 142, de 28 de dezembro de 1990” (Souza, 2003, p. 15).

Portanto, o SUS efetivamente nasceu no campo da saúde universal, valendo-se de instituições estabelecidas e organizadas para atender a uma população restrita. No entanto, o sistema enfrentou diversos problemas de financiamento da saúde devido à grande reorganização da alocação de recursos entre os estados, medida que causou forte reação política, que se contrapõe aos estados mais desenvolvidos com maior proporção.

Diante o exposto, o Ministério da Saúde assumiu a posição de gestor do Sistema Único de Saúde, alocando recursos, baseados na situação deixada pelo INAMPS, e implementou uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, visto que agora, a assistência era de caráter universal (Conass,2013).

As maiores dificuldades enfrentadas pelo SUS se deram entre os anos de 1993 e de 1994, com a falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para a manutenção da saúde e o compromisso com os fornecedores, definidos na Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde Brasileiras (Brasil, 2002).

Atualmente deparamo-nos com diversos problemas que são reflexo de um SUS fragilizado, devido à falta de investimentos e de recursos humanos (profissionais) adequados para atender a todos que necessitam de assistência à saúde, visto que os serviços se apresentam fragmentados, não se efetivando de fato como estão propostos por direito (Goulart e Chiari, 2010).

Os vários problemas que causam fragilidades ao sistema são atribuídos às questões de qualidade e falta de inovação (Kahtri ,Baveja Boren & Mammo (2006); Nembhard,Alexander, & Hoff (2009) e a modelos organizacionais inadequados (Kahtri *et alii.*, 2006); Porter & Teisberg, 2004; Hwang & Christensen, 2008).

Entre tanto, Nembhard *et alii*, (2009) acredita ser uma das maiores inovações e investimentos tecnológicos e financeiros, e esclarece que uma das mais importantes ferramentas de transformação é a implantação da política de humanização, conforme se preconiza no SUS.

CAPÍTULO II. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

2.1. O significado de humanização e o processo de evolução do ser humano

Antes de abordarmos o significado da Política Nacional de Humanização (PNH), vamos dissertar sobre o que é usual entender-se por “humanização”, no sentido genérico e específico do termo.

O termo “humanização” para Lima (2014 *cit. in* Ortega y Gasset, 2021) inclui varias acepções, sendo considerado um conceito complexo. Para os autores, a humanização está ligada ao ato de valorizar os sujeitos, promovendo a qualidade entre as relações de modo a oferecer a interatividade e a satisfação daqueles que buscam ajuda.

Num outro âmbito, porém, de forma semelhante, “*o ser humano doente e, portanto, fragilizado necessita, mais do que qualquer outra pessoa, ser observado na sua totalidade, ou seja, nos seus aspectos: físico, mental, emocional, social, cultural e espiritual*” de acordo com mais recente teoria co-construtivista (Tesser & Luz, 2002, p.4).

Os co-construtivistas vieram realçar a necessidade de articulação entre o conhecimento dos sujeitos (pacientes), a estrutura biológica e a cultural que envolve os valores, abrindo possibilidades de cooperação progressiva entre as diversas formas terapêuticas no mundo contemporâneo em benefício do bem estar total do homem .

Nos dicionários Aurélio e Globo, no que respeita à acepção do verbo humanizar, apresenta várias entradas ou significados:

“1. Tornar humano; dar condição humana a, humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. 4. Amansar (animais). 5. Tornar-se humano; humanar-se. 6. Elevar à altura do homem: humanizar uma doutrina. 7. Tornar mais humano, mais sociável; civilizar” (Waldow e Borges,2011,p. 415-416).

O processo de humanização contribui e muito com a melhoria dos pacientes, oferecendo a eles a confiança e a condição de uma melhor recuperação.

Para Archanjo (2010) a humanização se apresenta por meio de vários sentidos e esses são atribuídos de forma diferente em suas distintas épocas. No campo da administração ela surge como um termo em que se refere à importância de cuidar dos colaboradores nas organizações e, com isso, nas relações interpessoais.

Já do ponto de vista do Ministério da Saúde, “humanizar” é o mesmo que valorizar os sujeitos que se encontram no processo de recuperação no âmbito da saúde, entre os quais usuários, trabalhadores e gestores, mediante a autonomia, protagonismo dos sujeitos, estabelecendo vínculos solidários que garantam os direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão na saúde.

Segundo Bueno, Augustinho e Carvalho (2020, p. 05) na Política Nacional de Humanização, “o Grupo de trabalho de Humanização é um órgão colegiado organizado, participativo e democrático”, que tem como atribuições:

“Difundir os princípios norteadores da PNH;

- pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço de sua rede de referência, estimulando a transversalidade e a grupalidade;
- propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; incentivar a democratização;
- divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; promover o trabalho em equipes multiprofissionais; melhorar a comunicação e a integração do serviço de saúde com a comunidade” (Brasil, 2010, p.61).

As políticas que envolvem a Humanização contribui para o bom funcionamento de cada serviço oferecido pela Saúde.

Para Archanjo (2010), o trabalhador feliz produz mais, e sabemos que a lei garante aos trabalhadores o direito à felicidade e a condições dignas. É indiscutível criar um ambiente de harmonia e felicidade profissional, para que os colaboradores possam expressar da melhor forma todas as suas qualidades. Nesse quadro, é necessário considerar os valores humanos universais para evitar práticas desumanizantes na organização. Termos como satisfação, relacionamento interpessoal, harmonia e qualidades humanas aparecem de maneira geral como temas óbvios. Após a naturalização, essas expressões se impõem aos outros, sem dúvida.

“[...] desde o século XVII, o que se chama de humanismo foi sempre obrigado a se apoiar em certas concepções do homem que são tomadas emprestadas da religião, das ciências, da política. O humanismo serve para colorir e justificar as concepções do homem às quais ele foi certamente obrigado a recorrer”(Foucault, 2005b, p.15).

Desse modo, a concepção de homem como sujeito de liberdade desaparece e a figura de Deus passa a ser mais importante. O indivíduo, naquele contexto, não era considerado autêntico e sim alienado e subjulgado. Nesta linha, Foucault (2001) acredita que o humanismo seja um conjunto de debates por meio dos quais foi dito ao homem:

“(...) conjunto de discursos através dos quais foi dito ao homem ocidental: ainda que tu não exerças o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciarees a exercer o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciarees a exercer o poder e melhor submeteres a quem te o impõem, mais serás soberano. O humanismo inventou, alternativamente, essas soberanias sujeitadas que são a alma (soberana sobre o corpo, submetido a Deus), a consciência (soberana na ordem do juízo, submetida à ordem da verdade), o indivíduo (soberano titular de seus direitos, submetido às leis da natureza ou às regras da sociedade), a liberdade (interiormente soberana, exteriormente aquiescente e de acordo com seu destino) (...)”(Foucault, 2001, p. 647).

Trazendo o contexto para a nossa realidade, a criação de uma Política Nacional de Humanização surge em 2004. Naquele contexto, era possível perceber que *“havia no Ministério da Saúde ações nomeadas como de humanização, realizada de forma fragmentada”* e desarticulada e voltada a um programa apenas para hospitais e não para os demais serviços de saúde. (Archanjo, 2010, p. 33).

A saúde é um direito humano, significa que ela não é um bem ou uma mercadoria, mas uma prerrogativa e um direito de todo ser humano. Diante disso, percebe-se que há uma necessidade em responder sobre os direitos dos seres humanos que ultrapassam o domínio da caridade e da obrigatoriedade que é prevista em lei. (Nygren-krug H, 2004).

Simetricamente, na Declaração dos Direitos Humanos (1948), de acordo com a Declaração dos Direitos Humanos de 1948,

“Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, art 25.º).

Muito embora a intenção não seja disputar o sentido da humanização, e sim, construir sentidos para essa concepção humanística da PNH no SUS. Não é desejado que o GTH – Grupo de Trabalho de Humanização seja só de festa, ou uma humanização como uma política moral, que muitas vezes chega ao trabalhador e diz: *“olha, tem que ser assim, você tem que bem cuidar, você tem que bem tratar, e vamos treinar, educar os trabalhadores (no sentido tradicional) para que eles se comportem de uma forma educada, cortês e hospitaleira”*, relata (Archanjo, 2010). Um grupo de facilitadores tem discutido esse sentido, e há uma multiplicidade de humanização, que está no coletivo dos consultores da PNH. Observamos que as experiências desta humanização do SUS, no Brasil, assume uma multiplicidade de significados (Archanjo, 2010).

A Política de Humanização é considerada uma ferramenta que possibilita colocar em discussão, modos diferentes de gerir e de cuidar e, sobretudo, que eles sejam modificados em prol da dignidade do trabalho. Assim, o SUS precisa priorizar a política pública sustentada e mais potente e que a promoção à saúde seja capaz de compor com os trabalhadores da saúde, maior sentido do trabalho. Por conseguinte, *“é preciso distanciar-se de um (...) conceito-sintoma [...] que paralisa e reproduz um sentido já dado [...]”* (Benevides e Passos, 2005, p. 390).

Ainda sobre o termo humanização, Heckert, Passos e Barros (2009) esclarecem que:

“(...) A PNH não pretende ter o monopólio e a exclusividade de imprimir à palavra humanização o sentido verdadeiro, mas, apenas, construir mais um deles. Busca redimensionar um modo naturalizado de concepção do humano e abrir possibilidades para o debate sobre esta questão, que tem sido tema sempre que se trazem para a conversa: as mazelas dos serviços, a fragilidade da rede de atenção, a lotação dos hospitais, o descaso com a população, a suposta irresponsabilidade dos profissionais de saúde” (Heckert, Passos e Barros, 2009, p. 498).

Segundo Gallian e Reginato (2009,p.124):

“Quase sempre, considera-se como óbvio que o que se entende por humanização seja o desenvolvimento de ações e atitudes que redundem numa melhoria das relações dos profissionais da Saúde entre si e destes com seus pacientes, o que implica em maior respeito, consideração, atenção, enfim, uma maior humanidade. Neste sentido, programas de “treinamento” vêm sendo desenvolvidos, na intenção de promover “habilidades humanísticas” que serão “agregadas” às “competências técnicas” do profissional da Saúde, seja na sua base educacional, seja no exercício de sua prática. Ao se analisar, entretanto, os resultados de tais abordagens ou programas, levando-se em consideração as opiniões e sentimentos dos que estão sendo treinados ou “educados”, percebe-se claramente a sua ineficácia”.

Desta forma, entende-se que a humanização na saúde nos traz reflexões acerca das mudanças necessárias na gestão dos sistemas de saúde e os seus serviços prestados a sociedade.

2.2 Contextualização da Política Nacional de Humanização (PNH)

No que se refere à Política Nacional de Humanização (PNH) essa surgiu em 2003, com o objetivo de qualificar e garantir ao usuário, condições de um atendimento mais humanitário que envolva as políticas públicas importantes para estimular a comunicação entre os gestores, os colaboradores e os usuários (Brasil, 2009).

Políticas Públicas  Plano Nacional de Humanização  Sistema Único de Saúde

Com base nos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde, a referência de experiências bem-sucedidas, proporciona ao usuário condições melhores de atendimento. A PNH tem sido experimentada em todo o País e o resultado tem sido satisfatório. Em unidades onde o SUS dá certo, partem as orientações da Política Nacional de Humanização.

“A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora” (Puccini e Cecílio, 2004, p. 3).

Nos serviços de saúde, a intenção de humanizar traduz-se em diferentes proposições, entre as quais compete salientar: interação positiva da relação médico-paciente; a organização de atividades de convívio entre os atores do processo de saúde, a partir do desenvolvimento de atividades amenas em espaços como as brinquedotecas, bibliotecas e outras ligadas às artes plásticas, música, teatro garantem ao paciente e acompanhante a sensação de confiança e acolhimento e a implementação de novos procedimentos na atenção ao usuário (Ministério da Saúde, 2011).

Segundo Puccini e Cecílio (2004) as propostas de humanização trazem, sem dúvida, a valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra a tendência avassaladora e convencional da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo de busca da dignidade humana, envolvendo todos num processo que resulta da articulação de diferentes atores que se respeitam.

Podemos observar através do site www.humanizaus.org.br, que métodos didáticos como “as rodas de conversas, o incentivo às redes, movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças, são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH” (Ministério da Saúde, 2013, p. 29).

Organização Nacional de Acreditação (ONA,2009) refere-se à temática da humanização na saúde, Planejamentos Estratégicos e Planos Operativos Anuais (POA) de forma prioritária, os quais serão desenvolvidos por instituições de saúde, bem como, cujos documentos tenham certificação hospitalar :

“[...] é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado [...] tem um caráter eminentemente educativo, voltado para melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.” (ONA, 2009, p. 1).

Diante o exposto, foi possível, por parte do SUS, o reconhecimento das fragilidades do trabalho das equipes de saúde, ou seja, falta respeito aos direitos dos funcionários e na sua qualificação (Brasil, 2004).

Como afirma Mazetti, “...as ações de humanização da saúde promovem a saúde e valorizam o ser humano, a família e a comunidade” (Mazetti, 2005 *cit. in* Santos, 2010, p. 5).

Cuidar da saúde vai além de atividades técnicas operacionais especializadas. É necessário que as competências comportamentais sejam exigidas, ou seja, criar possibilidades avaliativas que possam evidenciar um atendimento de humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH) preocupa-se em acolher o usuário respeitando as suas angústias, sendo necessário cada vez mais integralizar e promover ações diversificadas, campanhas, programas e políticas assistenciais, sempre fundamentadas na ética, respeito, reconhecimento mútuo, solidariedade e responsabilidade (Brasil, 2004).

Diante o exposto, a PNH aposta em inovações em saúde e sugere propostas de inovação para os hospitais que farão a implantação da política em suas dependências:

- “ Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
 - Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
 - Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
 - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
 - Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
 - Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
 - Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
 - Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
 - Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
 - Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um” (Brasil, 2010, pp. 18-19).

As propostas de inovação trazem um novo olhar e novas práticas ao cotidiano dos profissionais de saúde. Dessa forma, para todos que praticam ações humanizadoras, há a necessidade de se debater e criar condições que viabilizarem a melhoria no atendimento.

Assim, ele tende a ganhar espaço e se disseminar mediante suas características próprias, com vínculo e relação pessoal muito intensa.

A Teoria das Relações Interpessoais, considerada referência na prática da enfermagem, traz reflexões acerca do foco no atendimento, e entra como um processo interpessoal com a valorização do enfermeiro, colocando-o no centro da relação ao lado do paciente. Nesta linha, o cuidado passa a fazer parte da experiência e do crescimento profissional.

2.2.1. Diretrizes da PNH

A PNH apresenta 6 diretrizes que dão suporte e devem ser seguidas para implantação dos trabalhos na saúde:

“Acolhimento - Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva” (Ministério da Saúde, 2013, p. 7).

As decisões perpassam a participação e gestão daqueles que ocupam um lugar de destaque na Saúde. É preciso efetivar o diálogo, com o intuito de oferecer ao usuário, uma melhor qualidade no atendimento.

“Gestão Participativa e cogestão - Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo” (Ministério da Saúde, 2013, p. 8).

Como sugestão de experiências exitosas:

“A experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos

mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde” (Ministério da Saúde, 2013 p.8)

“Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da co-gestão no cotidiano da saúde”. (Ministério da Saude , 2013 p.8)

“Ambiência - Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. (Ministério da Saúde, 2013, p.9)”.

O trabalho na Saúde ainda necessita de uma boa infraestrutura, que possa oferecer ao usuário condições para o serviço de qualidade. Para tanto:

“Clínica ampliada e compartilhada - A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia”. (Ministério da Saúde, 2013, p.10).

Outro viés importante é a valorização do trabalhador que tem como referência o diálogo e a qualificação continuada. É preciso investir nos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde. Assim,

“Valorização do Trabalhador - É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho” (Ministério da Saúde, 2013, p.11).

Ainda em consonância às Diretrizes do PNH, temos:

1. Defesa dos Direitos dos Usuários - Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (Ministério da Saúde, 2013, p. 11).

2.2.2. Princípios da PNH

A PNH apresenta 3 princípios que juntamente com as diretrizes servem de aporte para a aplicação da mesma nos ambientes hospitalares. Iremos abordá-los de forma individual, falando da importância e como são aplicados na forma prática.

“Transversalidade - A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável”. (Ministério da Saúde, 2013, p.6).

“Indissociabilidade entre atenção e gestão - As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação à sua saúde e à daqueles que lhes são caros”. (Ministério da Saúde, 2013, p.6).

“Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos - Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (Ministério da Saúde, 2013, p.7).

2.2.3. Principais objetivos do Humaniza SUS

A PNH apresenta objetivos que servirão de base para implementação e segmentos das atividades dentro dos ambientes hospitalares, sendo possível visualizar a importância da humanização para usuários e, principalmente, para trabalhadores da linha de frente dos serviços de saúde.

“Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas” (PNH, 2017, p.1).

2.2.4 A importância da formação de pessoal para a prática da humanização no processo das unidades de saúde.

Sabemos que estas ferramentas metodológicas (Cursos e oficinas de formação/intervenção) são imprescindíveis e que, a partir da discussão e participação coletiva dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde.

“Em todo o Brasil, o Ministério da Saúde proporciona aos trabalhadores que desejam formação técnica e política e os reconhecem como multiplicadores e apoiadores da PNH.” (Humaniza SUS, 2015,p.13). E, portanto, “Estes trabalhadores tornam-se capacitados e iniciam uma corrente de construtores de novas realidades em saúde e tornam-se os futuros formadores da PNH em suas localidades, verdadeiros fomentadores de prática e conteúdos humanizadores.” (Prata, 2018, p. 22).

A PNH - Humaniza SUS aposta na incorporação dos princípios do SUS no enfrentamento e desafio da mudança do modelo de gestão da atenção à saúde e das práticas de saúde. Vale ressaltar que quando percebemos a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção saudável, a humanização se implanta. Destacam que o valor norteador das políticas deve mostrar autonomia, protagonismo do órgão principal, responsabilidade solidária, estabelecimento de vínculos de solidariedade e participação coletiva no processo de gestão. Sem essas evidências, não podemos avaliar o sucesso do processo. A PNH considera o conceito de clínica ampliada como um trabalho clínico para sujeitos e doenças, famílias e contextos. A personalização visa produzir saúde e aumentar a autonomia dos sujeitos, famílias e comunidades.

Podemos citar algumas metodologias de trabalho com base nas cartilhas da PNH distribuídas pelo MS e disponíveis na plataforma digital <https://www.gov.br>>pt-br :

- a integração da equipe multiprofissional;
- a adstrição de clientela e construção de vínculo;
- a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso;
- e ampliação dos recursos de interação sobre o processo saúde-doença.

Um dos grandes e sempre atuais desafios da área da saúde para inovações de ações humanizadoras é a sensibilização e treinamentos permanentes dos trabalhadores; além disto repensar a formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista, onde a academia não acompanha o avanço e diretrizes da PNH. Portanto, trata-se de um processo de transformação complexo e, extremamente necessário.

Em uma perspectiva freiriana, Paulo Freire defende, em suas diversas obras, o dever do educador em comportar-se respeitosamente diante dos conhecimentos dos aprendizes, dando prioridade aos diálogos, ética, etc... Na questão da saúde popular é preconizado que se busque a sensibilização dos que cuidam (trabalhadores da saúde), conhecimentos das culturas populares e possibilidades maiores de acolhimento das pessoas. Entre outras coisas a proposta freiriana respeita a diversidade humana e cultural nos serviços de saúde. (Freire, 1996).

2.2.5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Segundo Archanjo (2010, p. 19):

“O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo que foi viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivo de fomentar um espaço coletivo, onde a palavra possa circular lateralmente e onde se possa levantar e discutir pontos críticos do processo de trabalho, promover trabalhos em equipe multi e interprofissional, difundir os princípios norteadores da PNH, dentre outros”.

O Ministério da Saúde (2008), afirma que o GTH tem, por finalidade:

“[...] intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. A proposta do GTH não se restringe apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde, como hospitais, outras unidades de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). É também adequado ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), do Ministério da Saúde e, também, das parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, etc)” (Ministério da Saúde, 2008, p.5).

Por outro lado, vale a pena elucidar que o GTH estabelece e ajuda no bom ambiente para que as dificuldades do trabalho, as tensões do cotidiano, sejam debatidas e as possíveis divergências, compartilhadas.

Sonhos de mudança e busca através da análise e da negociação potencializam propostas viáveis e inovadoras. É comum, no território brasileiro, em grande parte, o trabalhador da saúde ficar em uma zona de conforto e acostumado ao seu trabalho rotineiro, não conseguindo refletir sua prática isoladamente e criar alternativas novas e diferentes, motivadoras e humanizadas.

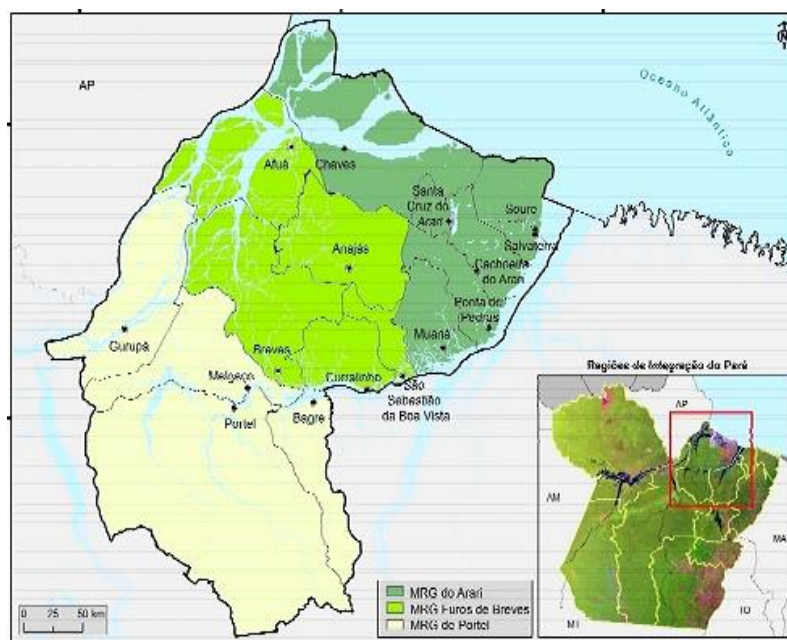
“Nos GTHs, todos os trabalhadores da saúde podem participar da construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde. Por meio do GTH, é possível se criar um ambiente de participação coletiva com todos os atores da PNH, trabalhadores, gestores e pacientes, propiciando inter-relações da equipe, ou das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS”. (Lopes, et al, 2010, p.09).

CAPÍTULO III. MARAJÓ: DIMENSÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE PÚBLICA

3.1 Caracterização social e demográfica do Marajó

Localizada no Estado do Pará, a ilha do Marajó se encontra cercada pelos rios Amazonas e Tocantins, além do Oceano Atlântico. A ilha possui uma extensão de 40.100 km², sendo essa uma das maiores ilhas do mundo, abarcando várias localidades.

Figura 1. Mapa 1 - Arquipélago do Marajó



Fonte: GeoPARÁ, 2007.

É considerado, por pesquisadores, como o primeiro lugar onde aportou o navegador português, Duarte Pacheco Pereira, em 1500. Naquele contexto, o povo indígena Nheengatu já habitava a ilha.

Para Bispo e Paes (2015), documentos históricos revelam que no século XVIII, ocorreram muitos movimentos de fuga de índios e negros, que naquele contexto eram escravizados. Estima-se que por volta de 1823, a população negra, mestiça e indígena, somavam 80% da população local.

Essa população, que descende de negros, mestiços e índios, vive na região uma situação de extrema vulnerabilidade social, a maioria trabalhando com atividades agrícolas extrativistas, a agropecuária e a pesca. Os mesmos têm, por muitas décadas, resistido e continuam permanecendo nos territórios ocupados há séculos, com seus trabalhos no interior das fazendas nos campos do Marajó (Pdtsam, 2007).

No que tange às relações de produção e comercialização na região, essas ocorriam por meio do sistema de aviação que se dava pela valorização da exploração da borracha (1830-1912) que, aliás, se mantém até hoje como principal produção local (Oliveira Junior, 1991).

Atualmente a ilha do Marajó, economicamente, tem como atividades mais rentáveis o turismo, a pecuária bovina e bubalina, com a criação de búfalos e a pesca; na produção agrícola destacam-se a mandioca e o abacaxi, dentre outros; a suinocultura; o extrativismo vegetal; a produção do carvão vegetal; o açazeiro; a extração do palmito e o artesanato, principalmente a cerâmica. Estima-se que a sua população, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 487.161 habitantes.

“Os aspectos demográficos dos municípios do Marajó mostram perenidade nos padrões de ocupação e uso do solo, configurando uma história que guarda relação com traços político-culturais da sociedade colonial, que ainda hoje geram impactos na vida das populações locais. (...) é possível visualizar a população de cada município, com sua extensão e densidade demográfica. Destes, o município de Chaves possui maior extensão e menor densidade demográfica em relação aos demais. Quando se avalia a população residente encontra-se em Breves o maior número de habitantes, seguido por Portel e Afuá. Isto significa que o processo de ocupação e uso do solo é mais concentrado, mas com baixa dinâmica das atividades socioeconômicas, tendo em vista que o grande latifúndio inviabiliza a interiorização da diversificação da produção, com áreas praticamente intocadas” (Relatório Analítico do Território do Marajó, 2012, p. 22).

De acordo com o IBGE, 2010, dos dezesseis municípios do Marajó, somente Breves, Soure e Salvaterra, têm população urbana superior à rural. A tabela abaixo apresenta os municípios da ilha do Marajó, população, a extensão territorial, e a densidade demográfica.

Tabela 1. Municípios, população, extensão territorial e densidade demográfica do Marajó

Municípios que compõem a Ilha do Marajó.	População geral 2010 (habitantes)	Extensão Territorial (km²)	Densidade Demográfica (Hab./Km²)
Afuá	35.017	8.373	4,18
Anajás	24.771	6.922	3,58
Bagre	23.855	4.397	5,42
Breves	92.865	9.550	9,72
Cachoeira do Arari	20.460	3.102	6,60
Chaves	21.138	13.085	1,62
Curralinho	28.582	3.617	7,90
Gurupá	29.060	8.540	3,40
Melgaço	24.789	6.774	3,66
Muaná	34.237	3.766	9,09
Ponta de Pedras	25.989	3.365	7,72
Portel	52.166	25.385	2,06
Salvaterra	20.184	1.044	19,34
Santa Cruz do Arari	8.163	1.075	7,59
São Sebastião da Boa Vista	22.890	1.632	14,02
Soure	22.995	3.513	6,55
Total Marajó	487.161	104.606	4,66
Total Pará	7.588.078	1.247.689	6,08

Fonte: Relatório Analítico do Território do Marajó (2012, p. 5).

O arquipélago do Marajó, além das suas características ambientais (clima, flora, fauna e hidrografia), também é marcado pelas mudanças econômicas e sociais que fazem parte do contexto histórico do século passado.

Para analisarmos o contexto social do Marajó, torna-se necessário abordarmos os indicadores sociais, dentre os quais, destaca-se a elevada mortalidade infantil no arquipélago, a desnutrição, o desemprego, a fome, a malária e os óbitos por doenças parasitárias. Além da carência de infraestruturas de saneamento ambiental, e as muitas habitações com precárias condições de habitabilidade, para tanto seria necessário um tratamento mais abrangente dos serviços de saúde pública, bem como para as baixas taxas de escolaridade, representada por elevadas taxas de analfabetismo. No entanto, predomina a pouca presença do Estado e o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a mudança do atual situação econômica, social e cultural da região.

Analisando o desenvolvimento da Educação com base nas variáveis que incluem também, Longevidade e Renda, dialogando com o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, o resultado nos desvenda uma situação de subdesenvolvimento, com altas taxas de pobreza.

Na tabela abaixo, apresentam-se os indicadores sociais:

Tabela 2. Indicadores Sociais da Mesorregião do Marajó.

Indicadores	Ano	Resultado	Fonte do indicador
Concentração de renda – índice de GINI 2004 0,30 SEPOF/DIEPI	2004	0,30	SEPOF/DIEPI
% da população abaixo da linha de pobreza (1)	2000	79,09%	IBGE/SEPOF/DIEPI
Taxa de mortalidade infantil	2004	23,82	DATASUS/SEPOF/DIEPI
Leitos por mil habitantes	2003	0,7	DATASUS/SEPOF/DIEPI
Taxa de analfabetismo	2000	69,84%	IBGE/SEPOF/ DIEPI
Taxa de evasão escolar	2004	19,25%	MEC/SEPOF/ DIEPI
% de óbitos por doença respiratória	2004	5,21%	DATASUS/SEPOF/DIEPI
% de domicílios com abastecimento de água (rede geral)	2000	26,45%	IBGE/SEPOF/ DIEPI
% de domicílios com energia elétrica	2000	47,81%	IBGE/SEPOF/ DIEPI
% de domicílios com coleta de lixo	2000	19,93%	IBGE/SEPOF/ DIEPI
% de domicílios com telefone	2000	5,34%	IBGE/SEPOF/ DIEPI
Déficit habitacional	2000	45,3%	IBGE/SEPOF/ DIEPI

Fonte: SEPOF/DIEPI/GEDE *et alii.*, Plano de desenvolvimento territorial sustentável do Arquipélago do Marajó, (2007, p. 26-28, p. 31 e p. 36).

3.1.1 HRPM – Hospital Regional Público do Marajó, humanizando o atendimento de saúde pública do município de Breves/Pará

Em nosso estudo, faz-se necessário abordar o município de Breves-Pará, apresentando o contexto em que está inserido o HRPM, discursando sobre sua localização, história, população, densidade demográfica, economia e os aspectos sociais, dentre os quais os índice de desenvolvimento humano e as características locais próprias da cultura marajoara.

Figura 2. Frente da cidade de [Sant’Ana dos] Breves



Fonte: Filmes Castanhas.

Localizada no norte brasileiro, o município de Breves é uma cidade do Estado do Pará que se encontra também na Ilha de Marajó. Estudos indicam que os primeiros habitantes da cidade foram os indígenas da tribo “Bocas”.

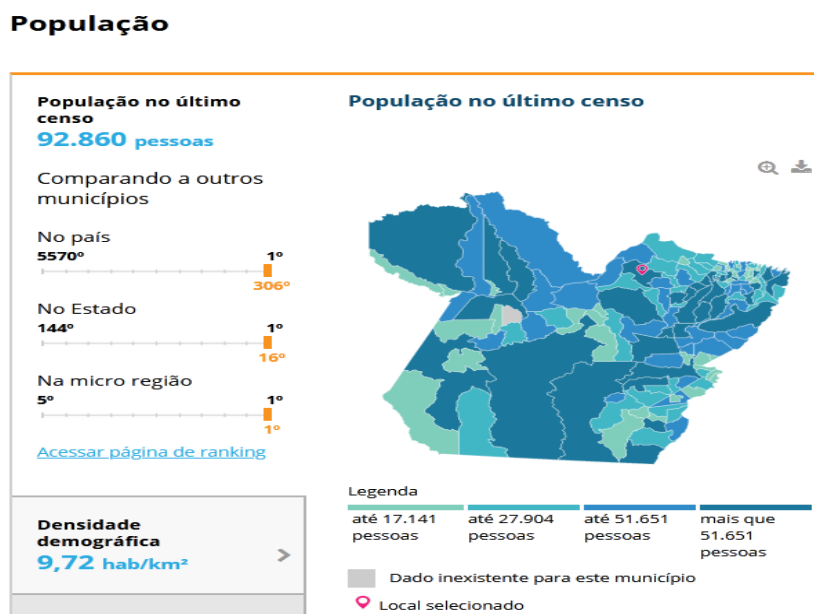
O surgimento da cidade se deu em 1738, pela concessão do título da cidade para os portugueses Manuel Fernandes Breves e Ângelo Fernandes Breves, uma sesmaria⁵ localizada próximo do rio Parauhaú, passando a ser chamado de “Engenho dos Breves” (Diniz, 2005).

⁵ De acordo com Diniz (2005), “as sesmarias eram terrenos incultos e abandonados, entregues pela Monarquia Portuguesa [...] às pessoas que se comprometiam a colonizá-las dentro de um prazo previamente estabelecido” (Diniz, 2005, p. 5).

“A elevação da Vila de Breves à categoria de cidade deu-se em 2 de novembro de 1882, através da lei n° 1.079 [...]. Em 10 de novembro de 1909, a Lei estadual n° 1.122 concedeu em caráter definitivo o foro de cidade à sede municipal” (Prefeitura Breves, 2011, *cit in* Gonçalves, 2016, p. 117).

Na cidade de Breves, a estimativa da sua população é de 98. 231 habitantes, distribuídos em uma área de 9 562,240 km²; é considerada a maior cidade da Ilha de Marajó. (Censo, 2010).

Figura 3. Mapa 2- População de Breves (2010)



Fonte: IBGE.

O principal acesso são os barcos que têm suas saídas de Belém e a viagem pode ter a duração de 12 horas; num avião de pequeno porte, a viagem dura em média de 30 a 45 minutos.

Com uma flora característica da Amazônia, o município de Breves traz em sua região a predominância da floresta tropical. Marcada pela presença de inúmeras espécies ameaçadas de extinção, a sua fauna é rica de animais, como onça pintada, onça preta, preguiça, dentre outras.

“A Reserva Extrativista Mapuá é uma unidade de conservação federal criada por decreto presidencial em 20 de maio de 2005 numa área de 94.463 hectares nas margens dos rios Mapuá e Aramã, na porção leste do município de Breves. Ela foi criada com objetivo de garantir meios de vida e a cultura de

populações extrativistas tradicionais, assegurando a sustentabilidade dos recursos naturais. Tal reserva vem impactando de forma significativa na preservação da natureza bem como na manutenção do primitivo modo de vida dos ribeirinhos às margens das ribeiras breveses” (COAMA-ICMbio, 2019, p. 13).

Para além da Reserva Extrativista, na economia também há destaque para o carvão, a madeira e o palmito. De acordo com Cristo (2007)

“(…) até a década de 80, a indústria madeireira era muito forte na região, mas já dando sinais de crise com a diminuição das madeiras nobres no município de Breves, fruto de desordenado e criminal desmatamento. No ano de 1990, inúmeras madeireiras começaram a fechar, diminuindo assim, os postos de emprego para a população (...)” (Cristo, 2007, p. 21).

Com o fechamento das madeireiras, surgem diversos problemas econômicos e sociais, entre eles o desemprego , principalmente; grande parte das famílias – ribeirinhas - foram para o meio rural em busca de “riquezas proporcionadas pelas madeireiras”. Com a diminuição na produção do (arroz, palmito, borracha etc.) e o fechamento das pequenas serralherias, lojas e comércio em geral, famílias que viviam destas rendas, sofreram inúmeras dificuldades. (Cristo, 2007, p. 21).

Mediante todos esses fatores econômicos e sociais, o município de Breves revela um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) - do Estado do Pará, e isso traz reflexos na violência, desemprego, saúde e educação, para a população brevese. E esses problemas sociais agravam, ainda, as crises e conflitos nas questões políticas, em geral.

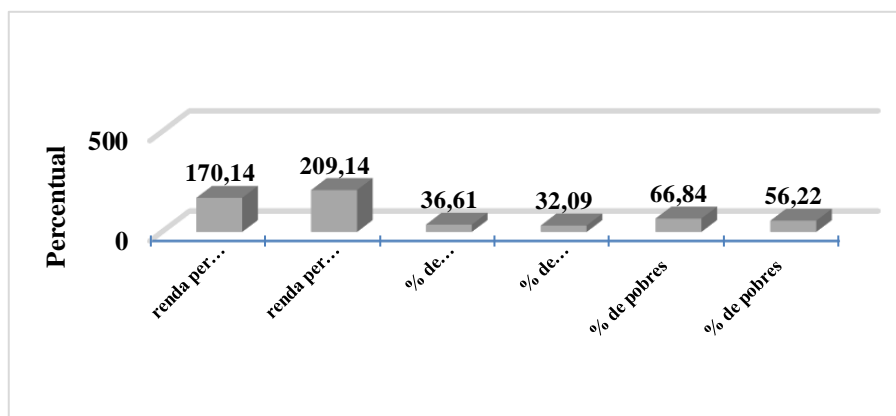
Nesta época a extração do açaí, sempre um dos principais elementos da alimentação da população, junto com peixe e farinha , torna-se também importante atividade econômica da cidade. *“Esse fator interfere no próprio comportamento da população ribeirinha não apenas de Breves como de todo o Marajó, que passam a produzir para além do consumo próprio”* (Lima, 2011, p. 8).

Na área da educação, o Município de Breves, em 2000, apresentava uma taxa de analfabetismo de 35,78%, equivalendo ao 5º maior número em relação aos demais municípios do Marajó; em 2010, baixou para 24,74%, equivalendo ao 6º maior número de analfabetismo da região. Com relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), o Ensino

Fundamental Menor, Breves tem índice de 2,9 inferior ao índice regional e estadual, com 3,5, o Ensino Fundamental Maior apresentando um índice superior ao do Marajó e do Estado. Quanto às pessoas com nível superior, Breves aparece com um percentual superior ao indicado pela RI do Marajó, contudo, muito aquém do percentual do Estado do Pará (IBGE,2010).

De acordo com o último censo do IBGE (2010), a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 90,2%. Conforme o IDEB (2017) o ensino fundamental pela rede pública é de 3,5% e, nos anos finais do ensino fundamental, 3,7%. O IBGE (2010) especifica que de alunos matriculados no fundamental, em 2018, temos 26.390; no ensino médio 3.654; já docentes do ensino fundamental, 1.111, e do ensino médio, 135 docentes. Os estabelecimentos de ensino fundamental chegam a 254 escolas, sendo no ensino médio, 8 escolas.

Gráfico 1. Relação entre renda, pobreza e desigualdade social



Fonte: IBGE.

O abastecimento de água e luz da cidade vem de concessionárias estaduais, sendo a água da Companhia de Saneamento do Pará (COSANPA), e a empresa REDE-CELPA que fornece a energia elétrica.

Portanto, pode-se perceber que no decorrer da história o município de Breves e região é extremamente carente de políticas públicas, principalmente na questão da saúde. Ainda hoje, em pleno século XXI, o Município de Breves dispõe de 2 hospitais: 1. Hospital Municipal de Breves, que possui um atendimento médico e ambulatorial privados e 2. Hospital Regional do Marajó, público, que atende a todos os moradores no arquipélago do Marajó.

3.2. Perfil do Hospital Regional Público do Marajó

O Hospital Público Regional do Marajó é uma unidade hospitalar de média e alta complexidade, inaugurado em 25 de Setembro de 2010, localizado na Avenida Rio Branco, nº 1.266, Breves, Ilha do Marajó.

Tem capacidade para 70 leitos, divididos em: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que possui a distinção entre Adulta, Neonatal e Pediátrica. Há também os serviços voltados para o uso da Tomografia, da Ultrassonografia, da Ecografia com *doppler*, Raios X convencional e em arco, dentre outros.

Os atendimentos são referenciados pela Central de Regulação de Leitos coordenada pela SESPA para neonatologia, pediatria, cardiologia, oftalmologia, traumato-ortopedia, urologia, ginecologia oncológica, mastologia, otorrinolaringologia e medicina intensiva, trabalhando integrado através da Central de Regulação do Estado do Pará, a todos os Municípios da sua área de abrangência, que são: Breves, Anajás, Bagre, Curralinho, Gurupá, Melgaço e Portel.

O Hospital Regional Público do Marajó desde sua implantação é administrado pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH.

O Hospital Regional Público do Marajó tem como Missão institucional: “Prestar assistência segura com qualidade, através de boas práticas de gestão, promovendo melhoria contínua dos processos, ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS” (Manual de Orientação do Usuário e Acompanhante, 2019). Sua visão, em 2017, era ser reconhecido como hospital seguro através do desenvolvimento de capital humano para o aprimoramento dos serviços prestados. E princípios organizacionais: Respeito à vida, Qualidade e Segurança assistencial à população do 8º Centro Regional de Saúde, com área de abrangência de aproximadamente 270.000 habitantes (Relatório consubstanciado das atividades do HRPM, 2018).

3.2.1. Leitos de Internação

A estrutura dispõe de leitos devidamente adequados, com todo o aparato tecnológico para prover um atendimento de qualidade e segurança aos nossos pacientes, sendo divididos da seguinte forma:

Tabela 3. Leitos de Internação

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE LEITOS
Clinica Médica	12
Cirurgia Geral	14
Pediatria	8
Obstetrícia	6
Ortopedia	10
Isolamento	3
Total	53

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p.7).

Leitos Complementares

A UTI dispõe de leitos amplos e bem estruturados, devidamente amparada de maquinários e equipes multiprofissionais para melhor prover seu atendimento, em que leitos são dimensionados da seguinte forma:

Tabela 4. Leitos de internação/(UTI's)

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE LEITOS
UTI Adulto	7
UTI Pediátrica	5
UTI Neonatal	5
Total	17

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p.8).

No que se refere ao Centro Cirúrgico, esse é completamente monitorado e seu sistema de controle é rigoroso e só entram no local, aqueles devidamente autorizados. A sua estrutura comporta:

Tabela 5. Centro Cirúrgico

TIPO	QUANTIDADE
Sala Cirúrgica	3
Sala de pré-operatória	2
Sala de pós-anestésica	2
Total	7

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 8).

No que se refere ao ambulatório, esse possui cinco salas ambulatoriais que atendem toda a demanda das diversas especialidades contratadas, com local adequado, recepção própria e

uma equipe para dar o suporte necessário visando melhor prover o atendimento ao usuário do SUS.

Tabela 6. Ambulatório

TIPO	QUANTIDADE
CONSULTÓRIOS	05
Total	5

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 8).

Sobre o setor de Urgência Especializada, esse possui uma triagem e é equipada e estruturada para receber todos os pacientes em salas climatizadas, com equipamentos adequados e equipe de enfermagem exclusiva a esta área. Sua estrutura é fragmentada conforme quadro abaixo:

Tabela 7. Triagem (U/ E)

TIPO	QUANTIDADE
Sala para atendimento	1
Sala de observação	2
Isolamento	1
Total	4

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 8.).

De acordo com as tabelas acima, o HRPM conta com 70 leitos de internação, com 07 salas no centro cirúrgico, 05 no ambulatório e 04 na triagem. Destinam-se ao atendimento dos serviços ofertados pela instituição (aos usuários), referenciados pelo sistema de regulação, por meio do encaminhamento realizado pelos serviços primários e secundários dos municípios de referência, já mencionados.

3.2.2. Demonstrativo da realização das metas físicas contratuais

Considerado um hospital de referência em Marajó II, ele pertence ao 8º Centro Regional de Saúde. É regulado e deve atender às metas estabelecidas e pactuadas por um contrato de gestão, cujo controle é efectuado mensalmente pela SESP.

O fato de ser um hospital regulado, limita-o em relação à sua própria ‘autonomia’ para controlar, diretamente, os pacientes encaminhados; ou aumentar os atendimentos quando abaixo da meta dos serviços contratados. Contudo, ainda há com base nos contratos, as metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas:

- Metas Quantitativas: resumem-se ao relatório padronizado pela SESPA, definido como Metas Físicas enviado mensalmente à secretaria de saúde do estado do Pará até o dia 10 do mês subsequente.
- Metas Qualitativas: se referem à comprovação e envio de atas mensais e relatórios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Prontuário, Óbitos, Farmácia e Terapêutica, Ética Médica e de Enfermagem e do Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e atas de outras Comissões como CIPA, e Grupo de Técnico de Humanização .

3.2.3. Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico se apresenta como um estudo estatístico aprofundado da saúde na região marajoara. A partir do mesmo é possível observar quais são as principais causas de morbidade, percentual de procedimentos realizados, tanto de forma geral, quanto traçado por especialidade e, elevar, de forma proporcional, quais áreas apresentam maior incidência custosa à unidade.

A partir da distribuição ordenada desses dados é possível promover uma gestão mais eficiente de recursos financeiros e humanos, bem como planejar de forma mais precisa a aquisição de recursos que demandam uma logística maior e mais dispendiosa, de modo a proporcionar uma gestão clara, ágil e coesa, sempre levando em consideração os preceitos éticos e humanitários envolvidos. Dessa forma, apresentaremos a análise geral e por especialidade do perfil epidemiológico de procedimentos atendidos nessa unidade hospitalar de média e alta complexidade.

3.2.4. Gestão de recursos humanos

O setor dos Recursos Humanos é o setor responsável por recrutar, selecionar, coordenar e orientar colaboradores, administrando os comportamentos internos, valorizando o capital humano e promovendo a participação, capacitação e envolvimento dos colaboradores.

Conforme constata a Política de Gestão de pessoas do INDSH (<http://www.indsh.org.br>) (manual de GP sede 01), o Hospital Regional Público de Marajó desenvolve, com seus

funcionários, uma política que busca na cultura, na identidade e nos processos corporativos, a prática integrada e moderna na gestão de pessoas. Neste ínterim, o Setor de Recursos Humanos apresenta como principais focos de trabalho:

“Gestão de talento, desenvolvimento e carreira: 1) Assegurar a qualidade dos processos de recrutamento e seleção, externo ou interno, utilizando estratégias para a atração de talentos e ferramentas de seleção práticas e consistentes, com o intuito de absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente qualificados para assumir o cargo; e 2) Assegurar a qualidade dos processos de movimentação, sucessão e desenvolvimento de pessoas, norteadas pela gestão por competência.

- Gestão de remuneração: 1) Auxiliar no controle do dimensionamento de pessoal e salários, bem como administrar a remuneração através de práticas de pesquisa e estudo, visando uma análise do contexto mercadológico em termos de remuneração para a administração de cargos e salários nas unidades do INDSH; e 2) Desenvolver outras ações correlacionadas à remuneração total, criando meios atrativos e diferenciados para o gerenciamento de seus TALENTOS.
- Gestão de clima organizacional: Realizar como ferramenta estratégica a pesquisa de clima, anualmente, promovendo, a partir de seus resultados, ações de melhorias em parceria com a diretoria, gestores e demais colaboradores, com o propósito de manter a satisfação do colaborador e um clima organizacional equilibrado” (Hospital Regional Público do Marajó, 2019, p. 44).

No que se refere à requisição de pessoal, o seu dimensionamento perpassa a solicitação e autorização da vaga; há recrutamento, e a triagem dos mesmos ocorre como se apresenta abaixo:

“Processo de Seleção Interno: Realização de ferramentas avaliativas - Análise do histórico funcional e documentação comprobatória necessária a vaga, consulta das avaliações de experiência e anuais, entrevistas por competência - RH e Gestor, testes técnicos específicos e testes psicológicos;

- Processo de Seleção Externo: Realização de ferramentas avaliativas - Análise de documentação comprobatória necessária a vaga, entrevistas por competência do RH e Gestor, aplicação de testes técnicos específicos e testes psicológicos.
- Readmissão de Colaboradores: Avaliação do intervalo entre a saída e seleção - mínimo de 6 meses, avaliação das competências e do histórico funcional, podendo ser realizado novo processo de seleção caso o cargo atual exija competências e pesos diferenciados do cargo anterior” (HRPM, 2018, p.44).

Atualmente, o HRPM tem em seu quadro 368 colaboradores diretos, em regime CLT, sendo esses distribuídos nas seguintes diretorias:

Tabela 8. Total de colaboradores por diretoria

DIRETORIA	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS	REPRESENTAÇÃO POR %
ASSISTENCIAL	198	54%
ADMINISTRATIVA	158	43%
EXECUTIVA	12	3%
Total	368	100%

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 31-33).

Conforme a tabela acima, o HRPM é administrado por três diretorias: a assistencial, administrativa e executiva, cada uma responsável por gestar um quantitativo de colaboradores, sendo a executiva responsável também pela diretoria assistencial e administrativa, ocupando o maior contingente de colaboradores e sendo a principal gestão do hospital.

3.2.5. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente- NQSP

O NQSP atua diante do processo de qualidade e dos serviços prestados no HRPM, visando assistência de qualidade, segurança do paciente, estrutura física adequada e interação, além de promover a todos a prevenção, o controle e a mitigação de incidentes. O setor preconiza os conceitos do manual da ONA/2014 e o mais recente ONA/2018, com intuito de tornar mais prático e facilitar o entendimento dos requisitos exigidos, realizando auditorias internas para identificar as conformidades e não conformidades, corrigindo as falhas identificadas nos setores, com foco na melhoria contínua dos serviços.

No ano de 2019, diversas ações foram gerenciadas e realizadas pelo NQSP. Exemplos: A Semana da Qualidade, com Workshop, Gincana para arrecadar livros e fraldas para os pacientes, reestruturação documental, campanhas educativas com o método SBAR e Notifique- Salve Vidas.

- I semana de qualidade e segurança do paciente;
- Gincana para arrecadar livros e fraldas para os pacientes;
- Workshop no Hospital Regional do Marajó abordando segurança do paciente;
- Atualização da gestão de documentos;
- Auditoria de segurança do paciente;
- Auditoria de gerenciamento de risco;
- Dia mundial da segurança do paciente;
- Campanha da cultura de notificação de incidentes, não conformidades, farmacovigilância e tecnovigilância – notifique, salve vidas;
- Reformulação e atualização do quadro de auditores internos;

O fruto destes trabalhos de anos de investimento na qualidade dos processos resultou na certificação do HRPM, assegurando o título de Hospital acreditado nível pela ONA- Organização Nacional de Acreditação, sendo possível acessar a efetividade do título no site oficial da ONA (www.ona.org.br).

Vale ressaltar que conforme preconiza o manual da ONA (2013) há uma busca pela qualidade dos serviços e essa vem do objetivo de promover a implantação da certificação. Assim, com a qualidade os serviços passam a ser oferecidos de forma plena. No Brasil, o processo de acreditação (certificação) tem sua análise voluntária e periódica, garantindo sempre a qualidade da assistência e dos padrões estabelecidos para a qualidade.

“Nível 1 (Acreditação): caracterizado pela ênfase na segurança. Verifica o atendimento de requisitos formais, técnicos e de estrutura conforme a legislação correspondente. Enfatiza também a gestão de riscos adotada pelo hospital. Nível 2 (Acreditação Plena): tem foco nos processos. Avalia a gerência dos processos e suas interações sistêmicas. Também pressupõe um sistema de medição de desempenho e ações de educação para melhoria desses processos. Nível 3 (Acreditação com Excelência): tem foco nos resultados. Avalia a existência de políticas de melhoria contínua do desempenho organizacional a partir das medições internas e comparações externas. Neste nível, há evidências de maior maturidade na gestão hospitalar e uso estratégico das ações de melhoria” (Mendes e Mirandola, 2015, p. 2-3).

A busca pela qualidade no atendimento faz com que o processo que envolve a saúde e a vida do usuário possa contribuir com a imagem pública dos hospitais que possuem a acreditação.

3.2.6. Incentivo ao desenvolvimento profissional

O incentivo ao desenvolvimento profissional ocorre pelo NEP – Núcleo de Educação Permanente do Hospital Regional Público do Marajó, que tem como objetivo a promoção de estratégias de formação continuada para os trabalhadores da saúde, buscando, com isso, trabalhar o pensamento crítico da equipe e a sinergia entre os pares. Com isso, os profissionais que atuam na saúde poderão ter subsídios para enfrentarem os problemas que porventura surgem, garantindo assim, as habilidades científicas e os princípios da humanização, orientadas para a melhoria da qualidade do serviço. (Manual do NEP- Política de Gestão de Pessoas, INDSH, 2018).

A Educação Permanente, tendo como uma de suas finalidades atender a política do Ministério da Saúde, traz um conceito pedagógico que efetua as relações orgânicas entre ensino e aprendizagem dos profissionais da saúde e as ações e serviços que possam contribuir na gestão de forma segura e humanizada. (Ministério da Saúde, 2012).

O HRPM, no que se refere à realização e ao conhecimento dos procedimentos técnicos que promovam o atendimento de qualidade e humanizado, desenvolve treinamentos nas dependências internas e externas com objetivo de abranger o maior número de profissionais. O hospital também possibilita a participação de profissionais em Treinamentos Externos realizados em outros municípios conforme a necessidade dos setores para o aprimoramento das atividades.

Durante o ano de 2019:

Tabela 9. Treinamentos internos e externos realizados em 2019

Total Geral de Treinamentos	523
Total Geral de Participações	12.647
Total de Horas Treinamento	20.505h 20min
Total Geral de Horas Homem	52h 31min
Total de horas por colaborador (Média)	04h 22min

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p.38 e p. 39.).

Dentro desse campo de visão o HRPM vem instituindo uma cultura de capacitações entre os profissionais que fazem saúde, sendo o NEP o gerenciador desse processo juntamente com os demais setores do Hospital.

Diante do levantamento da necessidade de treinamento realizado sempre no início do ano com as diversas coordenações e lideranças, o NEP cria mecanismos para o treinamento acontecer.

3.2.7. Satisfação dos Usuários

No que se refere à satisfação dos usuários, o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, é o setor destinado a contribuir para o acompanhamento e a avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Regional Público do Marajó – HRPM, analisando o índice de satisfação dos usuários. Estabelece um canal de comunicação e relacionamento com o usuário; prioriza que o HRPM atenda de forma efetiva, garantindo a eficiência e o compromisso com o serviço prestado. Também configura um setor de informações, onde os usuários podem tirar dúvidas sobre horários, atendimentos, permissões e demais serviços que o Hospital disponibiliza.

O objetivo principal do SAU é assegurar, junto aos usuários dos serviços hospitalares, o atendimento humanizado de acordo com as normas preconizadas pelo SUS, cujo processo garante o acompanhamento e desempenho das áreas assistenciais e de apoio, cujo desafio é manter o atendimento focado na garantia dos serviços de saúde de qualidade e na satisfação do usuário. Atende as expectativas com qualidade e humanização nos serviços, ampliando o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho Institucional. Sendo assim, tem-se um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários. Em diversas unidades de saúde no Brasil (pública ou privada) o SAU também é conhecido como serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e Ouvidorias ligadas diretamente ao Ministério da Saúde (MS) ou ao ouvidor de cada estado. (Hospital Regional Público do Marajó, 2019).

3.2.8 GHT - Grupo de Trabalho e Humanização do HRPM

Desde sua inauguração o Hospital Regional Público do Marajó trabalha com a PNH em suas atividades, sendo isto fator importante nos resultados que evidenciam padrão de qualidade do atendimento a toda a comunidade. O GHT do HRPM teve como princípio básico, a

implantação e disseminação da Política Nacional de Humanização ou, como é chamada, de HUMANIZASUS.

Através da Portaria GM/MS nº 881 de 19/06/2001- PNH do MS, o Grupo de Trabalho e Humanização passou a ser um espaço coletivo, cuja organização proporciona a participação de todos, elevando assim, ao empreendimento de uma política intitucionalmente humanizada, voltada para a atenção e gestão em saúde, em benefício de todos e isso inclui gestores, usuários e os colaboradores do Hospital.

Em atas arquivadas, conforme padrão institucional, o HRPM, no dia 29 de Março de 2019 realizou uma atualização de membros do grupo, (procedimento normal dentro das unidades, visto a troca de colaboradores); atualmente o GTH possui 15 membros ativos, participantes das reuniões mensais e articuladores do Plano de Ação anual do Hospital. (Hospital Regional Público do Marajó, 2019,p.78.79).

CAPÍTULO IV. MAPEAMENTO SITUACIONAL DA HUMANIZAÇÃO NO HRPM

4.1. Breve descrição dos projetos realizados pelo HRPM

Principiar por contextualizar estes indicadores e diretrizes para passar depois à descrição e explicação dos projetos

Com a finalidade de de colocar em prática, evidenciar e acompanhar o desenvolvimento de cada projeto, o HRPM foi procurar na PNH as suas principais diretrizes: acolhimento, ambiência, clínica ampliada, dentre outros.

O segundo referencial foi o contrato que o hospital possui com o gestor público, que contém algumas ações estratégicas para a humanização. São elas:

“Implantar, implementar e manter a política de humanização no atendimento;

- Priorizar melhorias nas áreas com maior desconforto e espera de pacientes;
- Implementar canal de comunicação entre a direção da instituição, usuários e colaboradores, com sistema de respostas e divulgação dos resultados;
- Atendimento das legislações relacionadas”(Autolac, 2020 (s/p).

Com base nas ações propostas, foram criados projetos que visavam contemplar a dimensão do Hospital Regional Público do Marajó. Nessa perspectiva de trabalho o GTH do HRPM implementa projetos já em funcionamento, e que foram inseridos no Sistema Interact para aprovação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e da diretoria executiva, dentre os quais se destacam:

Tabela 10. Diretrizes e Dispositivos da PNH, desenvolvidos, pelo GTH no HRPM

Diretriz/dispositivo da PNH	Projeto/ação
Acolhimento	Aniversariante do mês Educação e Saúde Comemorando Saúde /Datas comemorativas Horta
Clínica Ampliada	Acompanhando o Acompanhante Celebração Mensal (Capelania) Brinquedoteca Redário Biblioteca Itinerante (Gotas do Saber) Lavagem de Roupas de Acompanhantes e Usuários.
Cogestão	IHAC Projeto: Café com a diretoria Projeto Social do HRPM com comunidades carentes do município de Breves/Natal Solidário
Defesa dos direitos do Usuário	Serviço de Atendimento ao Usuário S.A.U implantado Projeto: GAAME
Grupo de Trabalho e Humanização	Comissão de Humanização Constituída e Atuante
Programa de formação em saúde do trabalhador	Núcleo de Educação Permanente Atuante
Projetos co-geridos de ambiência	Projeto: Vídeo Institucional
O hospital Regional Público do Marajó possui: 03 serviços implantados e atuantes; 12 projetos implantados e consolidados.	

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 80).

Projeto aniversariante do mês: este projeto foi inserido como ação de Humanização e acontece mensalmente. Tem como intuito fazer com que os aniversariantes do mês comemorem juntos com todos, o seu aniversário. O setor NEP elabora o convite e, junto com o setor de RH, entrega aos aniversariantes para que os mesmos compareçam ao refeitório na última sexta-

feira do mês. Nesta data o refeitório é ornamentado e há preparação de bolos pelos responsáveis do SND.

Figura 4. Projeto Aniversariantes do Mês/Fevereiro 2019



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 89-91).

Projeto: Educação e Saúde – Mini Palestras: Esse projeto surgiu do interesse do Grupo de Trabalho e Humanização – GTH, em prestar um acolhimento aos usuários na sala de Espera/Recepção, enquanto o Usuário aguarda para ser atendido. É disponibilizado um profissional que traz informações pertinentes sobre os cuidados com a saúde, ou até mesmo sobre os direitos e deveres dos usuários idosos e adolescentes atendidos pelo HRP. As mini palestras são ministradas pelos profissionais da equipe Multidisciplinar do Hospital no Espaço da Gestante (GAAME): Esta ação é fundamental, pois é através das ações desenvolvidas pelo GAAME, que as mães recebem orientações sobre incentivo do aleitamento materno exclusivo para crianças até os seis meses, seus direitos e outras questões que envolvem um parto mais seguro.

Figura 5. Projeto Educação e Saúde – Mini Palestras



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 91).

Projeto Datas Comemorativas: O Projeto, no ano de 2019, está sendo acompanhado e desenvolvido pelo GTH, sendo comemoradas as datas conforme o calendário do Ministério da Saúde padronizado para o HRPM, ações voltadas para o usuário, colaboradores e comunidade.

Figura 6. Projeto Datas Comemorativas, registro do Dia do Faturista.



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 92).

Figura 7. Projeto Datas Comemorativas, cartão do Dia do Faturista



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019).

Projeto Horta: O Projeto Horta surgiu em meados de 2012, com objetivo de Cultivo autossustentável, a agricultura orgânica e variedade nutricional na dieta habitual dos colaboradores, usuários e acompanhantes. Nesse sentido, o HRPM compreende como responsabilidade social o respeito à vida, promoção de uma alimentação saudável, envolvimento com a sociedade, de modo em geral e cuidado com o meio ambiente. Sendo assim, o projeto Horta Hospitalar não se restringe ao simples processo de preparação de um espaço físico destinado ao plantio de hortifrútis, mas também engloba uma série de ações que objetivam a redução dos impactos ambientais, promoção de uma nutrição saudável, melhoria na qualidade de vida da sociedade atendida nesta instituição e interação com a sociedade de um modo geral.

Figura 8. Horta orgânica do HRPM



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 105).

Projeto Acompanhando o Acompanhante - Este projeto busca acolher e acompanhar os familiares e acompanhantes dos pacientes, com o intuito de melhorar a qualidade de sua permanência no Hospital. Contrato com Gestor Público: Implantar, implementar e manter a política de humanização no atendimento; Política Nacional de Humanização (PNH): Diretriz de Acolhimento ao Usuário.

Figura 9. Projeto Acompanhando o Acompanhante



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, 2019.

Projeto capelania: Este projeto foi criado com o objetivo de garantir a assistência espiritual voluntária, aos usuários e seus acompanhantes durante a internação, bem como aos colaboradores do hospital, pois através dele os capelões - chamados também de assistentes espirituais - realizam reuniões religiosas (cultos e/ou missas), e visitas religiosas nas dependências do hospital, mediante cronograma, por meio do trabalho humanitário de solidariedade, apoio espiritual e emocional.

A realização das atividades permite acolher, dar conforto e auxiliar aqueles que mais necessitam para lidar com a doença e buscar a eficácia do tratamento. Assim, o projeto vem trazendo fé, força e consolo para os todos os envolvidos, visto que a doença, a internação e em alguns casos a morte, são difíceis de serem enfrentadas, e a assistência espiritual auxilia os profissionais da saúde, na busca da cura da doença e consolo no luto. Ressaltando que, para ser capelão, os representantes religiosos, inscritos, passam por uma capacitação, para que assim possam conhecer as normas e regras do ambiente hospitalar.

Figura 10. Culto no Hall das Clínicas do HRP



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, 2019.

Projeto: Brinquedoteca: este surge com a perspectiva de possibilitar melhores condições de recuperação das crianças internadas no hospital Regional Público do Marajó. O seu foco está no ato do brincar e no brincar como atividade terapêutica, possibilitando, através deles, o recurso de criar possibilidades que minimizem o tempo doloroso e sofrido de hospitalização, além de alegrar o contexto do ambiente hospitalar e dar alegria para crianças e familiares acompanhantes – assim, contribuindo para a sua recuperação mais breve.

A Política Nacional de Humanização (PNH), proporciona a inovação na produção da saúde e ela está no SUS, tendo como premissa, buscar a transformação dos contextos e ambientes de trabalho.

Segundo Barbosa et al, (2013, p.5). “Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável”.

Figura 11. Projeto Brinquedoteca



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 103).

Projeto Redário tem seu surgimento em 2014 e proporciona às mães um maior conforto para acompanharem seus recém-nascidos que se encontram internados na UTI. Em 2016, o Projeto Redário na Pediatria, foi uma continuação do estar das mães, que conquistou o prêmio de melhor ‘case’ na categoria Qualidade e Segurança do evento Líderes da Saúde Norte e Nordeste. Em 2019, o mesmo está sendo atualizado expandido para as Clínicas de internação.

Figura 12. Projeto Redário nas Áreas de Internação



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, 2019.p 106,107,108,109

Figura 13. Projeto Redário na UTI Neonatal do HRPM



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, 2019.

Projeto Biblioteca Itinerante: Este projeto foi criado com o objetivo de minimizar os impactos do processo de hospitalização, para usuários e acompanhantes durante sua estadia no hospital, através da leitura e do desenvolvimento da saúde psíquica/emocional dos pacientes no processo de hospitalização, trabalhando a ociosidade de maneira lúdica e funcional para o tratamento e processo de cura dos usuários, contribuindo para o conforto, bem-estar e permanência dos mesmos na Instituição, bem como incentivando a prática da leitura.

Entende-se que a Humanização no HRPM aprimorou e aflorou os aspectos sociais e culturais bastantes diferenciados pela nossa região marajoara, aumentando o vínculo com a comunidade e população em geral. As ações internas e externas oferecidas à população só contribuem e agregam prestígio à instituição, assim como satisfação a quem recebe os serviços ofertados. Todo esse processo evidencia que um hospital humanizado consegue alcançar proporções inimagináveis com ações que, aparentemente, são equiparadas como pequenas, porém, conseguindo proporções gigantescas.

Figura 14. Projeto Biblioteca Itinerante “Gotas do Saber”



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, 2019.

Projeto Lavagem de Roupas de Acompanhantes e Usuários: este projeto realiza a lavagem de roupas sujas dos acompanhantes e usuários de outros Municípios que se encontram internados no HRPM, haja vista que o município de Breves não possui casa de apoio. Desta forma, o hospital, através do serviço de lavanderia/SPR, realiza a lavagem das roupas sujas, nos dias de segunda e quinta-feira, nos seguintes horários: 14:15 às 14:30 – Recebimento de Roupa suja na Lavanderia ; 14:30 às 15:30 – Processamento de Lavagem e 16:30 – Entrega de Roupa limpa ao Acompanhante. Ressaltando que com este projeto, evita-se que as roupas sejam lavadas nos quartos de internação pelos acompanhantes, prevenindo, pois, a proliferação de bactérias no ambiente hospitalar.

Projeto GAAME (Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo): este projeto tem a finalidade de fortalecer a conscientização da importância do aleitamento materno que contempla as crianças até os seis meses , mostrando benefícios para o bebê e para a mãe. O projeto se realiza na obstretricia, estar das mães das Unidades de Terapia Intensiva e no Espaço da Gestante. Por meio dele, as gestante e as puérperas, participam de atividades mensais, orientações, treinamentos sobre a fundamental importância da amamentação.

Figura 15. Treinamento GAAME, para as mães acompanhadas pelo hospital



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó (2019, p. 91-93).

Projeto: Café com a Diretoria – Este projeto viabiliza a busca pelos valores e o plano estratégico do HRPM e a Política de Humanização. O desenvolvimento desse projeto está atrelado às melhorias voltadas ao contato com o colaborador, cujo objetivo acha-se na fomentação de comunicação interna direta para divulgação da política de comunicação.

Todos os projetos e ações desenvolvidos pelo hospital são voluntários, e abrangem todos os colaboradores, e não somente quem faz parte do GTH, mais o corpo de colaboradores do hospital. A efetivação de todos os projetos e ações representam o engajamento de cada um, de maneira humana, sem ganhar nada em troca, financeiramente.

Tabela 11. Distribuição classificativa dos projetos

Classificação dos projetos	Designação dos projetos	Benefícios dos projetos	Quantitativo dos projetos por %.
Projetos na área da Saúde	Educação e Saúde	Este projeto é desenvolvido na sala de Espera ou Recepção, enquanto o Usuário aguarda para ser atendido, e realizado o acolhimento e repassadas informações sobre cuidados com a saúde e sobre os direitos e deveres dos usuários idosos e adolescentes atendidos. Os usuários aproveitam esse momento para tirarem suas dúvidas. Além de mini palestras realizadas em datas de campanhas de conscientização como: outubro rosa (do câncer de mama), janeiro branco (da saúde mental) etc.	33,5%
	Comemorando Saúde - Datas comemorativas.	Este projeto é desenvolvido através de diversas ações realizadas pelo GTH, nas recepções e nos ambientes de internação aos usuários e colaboradores. Neles, durante as datas comemorativas, como exemplo, dia da criança, dia do trabalhador, páscoa, entre outros, são desenvolvidas ações.	
	Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC	É uma iniciativa que se realiza no espaço da gestante e estar das mães das UTI's Neonatal e Pediátrica, orientações sobre o aleitamento materno, dando ênfase à sua importância para a saúde e desenvolvimento do bebê. As orientações são dadas pela equipe multiprofissional do hospital.	
	Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo - GAAME	É uma ação realizada no espaço da gestante, na qual as mães recebem orientações sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, pré-natal e planejamento familiar, direitos e outras questões que envolvem um parto mais seguro.	
	Projeto Vídeo Institucional.	Este projeto é administrado pelo setor de comunicação do hospital, e através dele, é publicado na página do facebook http://www.indsh.org.br , as ações desenvolvidas pelo GTH e informações aos usuários dos serviços.	
Projetos na área da Educação	Projeto Brinquedoteca	É voltado para as crianças do hospital, das áreas de internação. Possui uma sala nas clínicas, em que a pedagoga do NEP desenvolve atividades e brincadeiras com as crianças. Já as crianças impossibilitadas de ambular, recebem no leito pela equipe multiprofissional, brinquedos e material didático para pintar e desenhar.	20%
	Biblioteca Itinerante (gotas do saber)	Através da biblioteca, são emprestados livros aos usuários internados e a seus acompanhantes, com o objetivo de minimizar os impactos do processo de hospitalização, através da leitura, e estimulando o desenvolvimento da saúde psíquica/emocional, trabalhando a ociosidade de maneira lúdica e funcional e incentivando a prática da leitura.	
	Acompanhando o Acompanhante	Este projeto é realizado uma vez na semana, com usuários e acompanhantes no hall das clínicas. Nele, a equipe multiprofissional repassa informações pertinentes ao momento de internação, como: horário de visita e refeições; prevenção de infecções; regras do hospital; lavagem de roupa etc.	

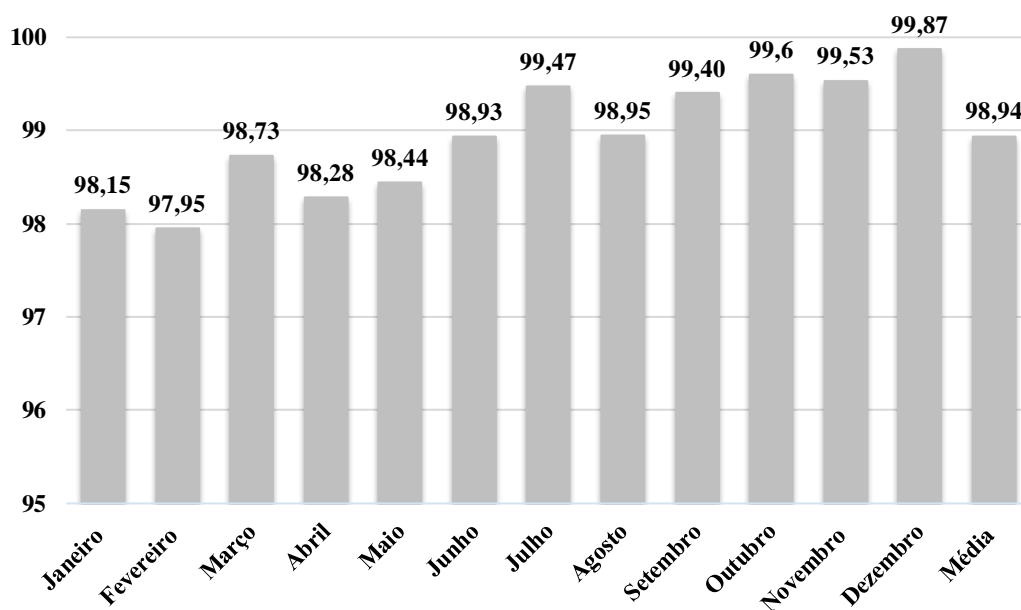
Projetos na área agrícola	Projeto Horta	O projeto horta traz benefícios para usuários, colaboradores e comunidade, pois além de incentivar o cultivo autosustentável, é importante para o meio ambiente e economia local. Vale ressaltar que tudo que é colhido de hortifrutis, é utilizado na alimentação de usuários e colaboradores. Promovendo, assim, impactos positivos, mediante a redução dos impactos ambientais, promoção de uma nutrição saudável, melhoria na qualidade de vida do público atendido e interação com a sociedade de um modo geral. Além de ser de baixo custo para o hospital, pois os legumes e verduras que seriam comprados, são colhidos na horta, ocasionando redução nos custos em alimentos para o hospital.	6,6%
Projeto Cultural	Projeto Redário	Um projeto que valoriza a cultura marajoara, visto que dormir em rede é algo comum para esta população. Assim, o usuário e acompanhante se sentem acolhidos e confortáveis, durante a estadia no hospital.	6,6%
Projeto social	Projeto Social do HRPm com comunidades carentes do município de Breves/Natal Solidário,	Todos os anos, o HRPm desenvolve este projeto social, no qual são distribuídas cestas básicas e brinquedos a famílias da comunidade brevense, mediante rastreio realizado pelo serviço social.	20%
	Capelania	Garantir a assistência espiritual voluntária, aos usuários e seus acompanhantes durante a internação, bem como aos colaboradores do hospital, pois através dele os assistentes espirituais realizam reuniões religiosas (cultos e/ou missas), e visitas religiosas às dependências do hospital. A realização das atividades permite levar esperança, acolhimento, conforto, o que auxilia o paciente a lidar com a doença e a engajar-se ao tratamento médico indicado.	
	Lavagem de Roupas de Acompanhantes e Usuários	Realiza a lavagem de roupas sujas dos acompanhantes e usuários de outros municípios que se encontram internados no HRPm, haja vista que o município de Breves não possui casa de apoio	
Projeto de valorização do colaborador	Projeto Café com a diretoria,	É realizado em um dia do mês, promovendo a interação e diálogo entre diretores, gestores e colaboradores do hospital. Por meio de uma conversa descontraída, pelo setor de nutrição, serve-se um café, com uma variedade de alimentos. E neste momento debatem-se, assuntos do dia-a-dia do hospital, que necessitam de melhorias. Vale ressaltar que durante a reunião busca-se resolução para os problemas apresentados.	13,3%
	Aniversariante do mês	Neste projeto, todos os meses, os colaboradores que estão aniversariando, no corrente mês, recebem uma comemoração e um bolo. Assim, sentem-se valorizados e motivados.	
Percentual total			100%

Fonte: Hospital Regional Público do Marajó, Relatório consubstanciado 2019 - Análise.

Percebe-se, pois, a importância do grupo de humanização, não somente para usuários e acompanhantes, mas também aos colaboradores, que se doam mediante esforços para beneficiar o próximo.

O trabalho realizado pelo grupo traz satisfação aos usuários e acompanhantes, visto que é empregado durante a rotina de trabalho, garantindo acolhimento, atenção, respeito, cuidado e assistência humana e de qualidade. O GTH do HRPM conta com um grupo que organiza e administra o trabalho voluntário realizado, no entanto, a efetivação das ações e projetos englobam todos os colaboradores. Desta forma vale elencar a satisfação dos usuários e acompanhantes das áreas de internação e dos ambientes abertos, (exames e consultas), mensurada pelo Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU:

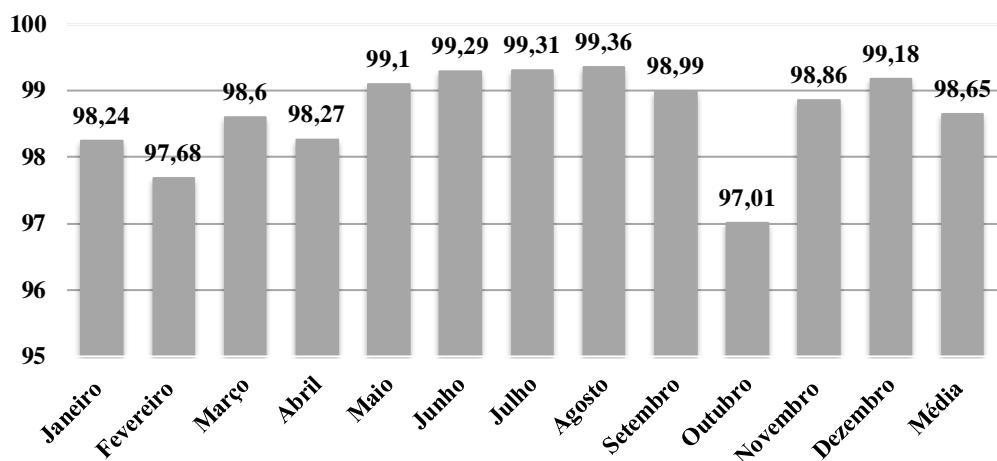
Gráfico 2. Média de Satisfação Interna 2019



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó – 2019 - pesquisa interna do SAU.

A média de satisfação interna refere-se às pesquisas realizadas nas áreas de internação entre os setores: clínica médica, clínica obstétrica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI adulto. Como podemos observar no gráfico acima, a média de satisfação interna obtida durante o período entre janeiro a dezembro é 98,94%.

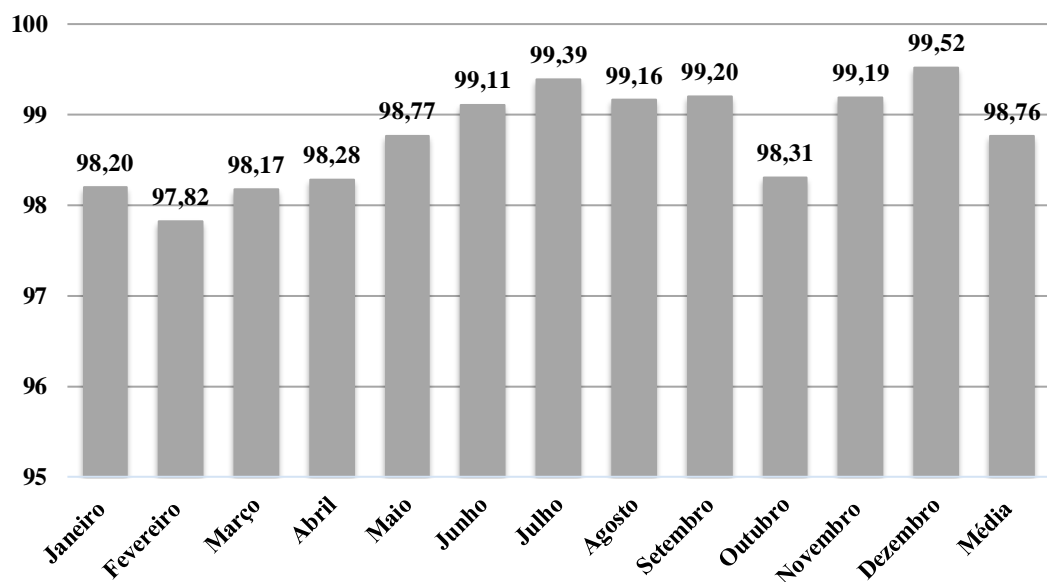
Gráfico 3. Média de Satisfação Externa 2019



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó – pesquisa interna do SAU – 2019.

Conforme demonstrado acima, a média de satisfação externa é de 98,65%, sendo esta destinada aos setores de Ambulatório, Recepção Central, S.A.D.T, Laboratório, Fisioterapia e Urgência e Emergência, através da participação dos usuários e acompanhantes que utilizam diariamente os serviços prestados nestes setores.

Gráfico 4. Média de Satisfação Geral 2019



Fonte: Hospital Regional Público do Marajó – SAU - 2019.

O gráfico acima apresenta o índice geral de cada mês de 2019 e a média geral, sendo possível salientar que o atendimento realizado pelos colaboradores aos pacientes internados e aos seus acompanhantes, é humano e de qualidade, de acordo com as normas preconizadas pelo SUS. Enfatize-se que as atividades desenvolvidas pelo GTH, contribuem para aumentar o índice de satisfação dos usuários, e garantir que os mesmos possam passar pela internação, de uma maneira mais confortável e acolhedora. Pois os projetos e ações realizados pelos colaboradores durante a rotina de trabalho envolve os pacientes, permitindo momentos de distração e aprendizado.

4.2. O processo de implementação da humanização do HRM

O HRPM após sua inauguração em setembro de 2010, deu início ao GTH, pautado na PNH, mediante o planejamento, a organização e efetivação de projetos e ações, que pudessem propiciar, um ambiente hospitalar humanizado, qualificado e seguro para todos. Assim, buscou-se operar as relações entre os atores do SUS, por meio de valores, técnicas, comportamentos e ações, que estimulassem a participação deles em práticas humanizadas, inseridas na rotina de trabalho, de maneira voluntária.

Sabe-se que a PNH é importante porque estimula a comunicação entre gestão, trabalhadores e usuários, construindo um processo coletivo de enfrentamento de práticas desumanizadoras, estruturando-se através de princípios, diretrizes, métodos e dispositivos, que com a implementação do GTH, no HRPM, propiciou um ambiente mais acolhedor e humano, resultando na satisfação do usuário frente aos atendimentos recebidos e na qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores.

Procedemos à administração de um pequeno questionário (cfr. Anexo 2), com o intuito de complementar as entrevistas. A amostragem prevista foi de 25 participantes (universo total), sendo que apenas 16 se dispuseram a participar da pesquisa com preenchimento do questionário, ou seja 64% do total. As respostas obtidas apontam no sentido da manutenção e, até mesmo, reforço dos serviços de humanização na unidade hospitalar.

Com o objetivo de enriquecer este estudo, em seu conteúdo, por não haver documentos que descrevam a implementação da humanização no HRPM, destacamos as entrevistas, com três colaboradoras que estão no GTH, desde o início de sua inserção na unidade hospitalar,

em 2010, e o preenchimento de um questionário com as mesmas perguntas, a 16 participantes, cujos fragmentos e as entrevistas serão apresentados abaixo.

Dentro do grupo dos que responderam ao questionário, pedimos aos participantes 1 e 2, que explicassem como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM: “ (P1= *“Houve um processo de esclarecimento dos colaboradores e pessoas da comunidade”*). Já para o segundo entrevistado (P2 = *“Particpei pouco, mas todos os anos eles reforçam este processo”*).

No que tange às entrevistas, solicitamos às entrevistadas 1 e 2, que expusessem como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM. A entrevista 1 respondeu que:

“Houve um processo de sensibilização dos colaboradores para que voluntariamente participassem do grupo; passamos por várias capacitações para que pudéssemos entender o papel de cada um dentro do grupo; fizemos capacitações com os membros sobre a Política Nacional de Humanização PNH; elaboramos projetos e ações de forma a abranger usuários, colaboradores e a comunidade em geral”.

A entrevistada 2 disse que:

“No ano de 2010 foi criada no HRPM, uma comissão de humanização formada por colaboradores voluntários que passaram por várias capacitações, com objetivo de realizar ações humanizadas, voltadas para usuários, colaboradores e comunidade em geral [...] Em 2011 a comissão de humanização passou a ser grupo de trabalho de humanização GTH. Advindo da política nacional de humanização PNH do ministério da saúde, que legitima a mesma através da portaria GM/MS nº 881 de 19/06/2011 de 2011 até os dias atuais, passamos a realizar as ações através de projetos de forma a abrange usuários, colaboradores, e a comunidade em geral”.

De acordo com o discurso das entrevistadas, os membros do grupo se propuseram a participar da humanização, voluntariamente, e passaram por capacitação, para assim compreenderem o objetivo da implantação da humanização no ambiente hospitalar, sua importância, desenvolvimento e efetivação. E, conforme relato da entrevistada 2, no ano de 2011, a humanização, até então gerenciada por um colaborador, se torna GTH, sob a referência da PNH, organizando as atividades do grupo em dispositivos e diretrizes entre as quais os eixos principais que envolvem o acolhimento ao paciente, a clínica ampliada, a co-gestão, dentre outros (Cartilha PNH- MS-2011).

Com o GTH, no hospital foram criados diversos projetos e ações, que envolvem os atores da política de saúde, de maneira voluntária, o que ressalta a importância da humanização para o hospital, mediante as relações que se estabeleceram através da efetivação das atividades do grupo dentro do hospital, as quais demonstram a melhoria no atendimento e no processo de cura do paciente e nas relações entre os trabalhadores. Nessa linha de entendimento, a entrevistada 1 nos fala sobre a importância do GTH:

“O grupo de humanização é importante, porque conduz ações que envolvem usuários, colaboradores e a comunidade em geral, com o objetivo de causar impacto positivo de melhorias e levar a essas pessoas uma visão empática sobre o processo, pois não tem como falar de humanização sem pensar em empatia”.

A entrevistada 2 reforça, ainda, tal importância, enfatizando que:

“O grupo de humanização é muito importante no Hospital Regional, porque o paciente busca não só solução do problema de saúde que ele está enfrentando, mas também um alívio e conforto pessoal e através do grupo de humanização é possível realizar boas práticas de atendimento que envolvem ambiente físico, comunicação entre colaboradores e usuários, como também com seus familiares, promovendo uma relação de confiança entre ambos. Assim, grupo de humanização essencial para garantir que os processos serão feitos da melhor maneira possível”.

A fala das entrevistadas demonstra que, com o GTH, a rotina de trabalho do hospital ganha uma nova roupagem, no desempenho das atividades diárias de trabalho, na relação entre os colaboradores e na satisfação do usuário frente aos atendimentos.

4.3. Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM

Dando continuidade à nossa pesquisa, perguntamos às entrevistadas, “quais foram os avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?”. A entrevistada 1 falou que:

“Entender com a prática das ações, o quão importante elas são para instituição, pois com isso, percebemos que em longo prazo de coisas repassadas em algumas ações tem reflexos positivos e com tudo isso garantiu que o nível de satisfação é elevado. No entanto, fazer com que as coisas aconteçam de uma forma mais tranquila e consistente demanda tempo e dedicação. Acredito que o fato da rotatividade de alguns membros tenha sido nosso maior desafio, hoje não, pois já temos o grupo mais consistente e já estamos chegando ao nível de maturidade que nos faz compreender que ações de humanização não necessariamente precisam ser executadas pelos membros do grupo e que os setores

estão livres para criar suas próprias ações; inclusive, dentro da sua própria rotina *de trabalho*, há algo que pode impactar positivamente o processo do cuidar”.

A entrevistada 2 respondeu que foi a:

“[...] estruturação dos projetos a serem desenvolvidos no HRPB com base nas diretrizes da PNH do Ministério da Saúde; conseguimos entender que é necessário ter um olhar especial a cada usuário, e cada necessidade sua, pois nem um usuário possui necessidades iguais, cada um possui uma história de vida, e uma atenção diferenciada que demonstre empatia; conseguimos oferecer um atendimento humanizado, garantindo uma maior satisfação do usuário no atendimento; a mudança e saída de membros foi uma das nossas maiores dificuldades”.

Por meio da fala das entrevistadas é possível notar que no processo de implementação e, atualmente, o GTH, enfrenta dificuldades em sua execução. Uma das dificuldades, citada nas falas das entrevistadas, é a mudança de membros, a qual ocasiona lacunas em muitos projetos, visto que no grupo, para desempenhar as ações e projetos, são delimitados responsáveis para administrar; todavia, não deixando de envolver todos os membros. A entrevistada 1 ressalta que, no início, o grupo era fechado apenas nos membros, e não a todo o hospital. Após capacitações, o grupo foi evoluindo e a partir da PNH, buscou envolver todos os atores do SUS nos projetos e ações do GTH.

Outrossim, na fala das colaboradoras entrevistadas, são relatados avanços que o GTH trouxe para o hospital, dentre os quais, a criação de projetos e ações que trazem pontos positivos, pois envolvem usuários e colaboradores, em práticas humanizadas, que garantem atendimento ao usuário de qualidade e humanizado, resultando em sua satisfação. E, por outro lado, na prestação de serviços de qualidade pelos colaboradores, que desenvolvem sua função englobada em práticas humanizadas.

4.4. Proposta de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização

Neste estudo, buscou-se demonstrar quais as necessidades de melhorias na gestão da saúde pública e sua humanização. Para obtermos essa informação, entrevistamos uma das colaboradoras do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, que foi nossa terceira entrevistada nesta pesquisa. A finalidade da entrevista com ela, foi pautada nas informações que o setor obtém por meio das opiniões dos usuários, na avaliação diária sobre os atendimentos e serviços prestados no hospital, mediante todo o fluxo que este precisou ter

para chegar até o HRPM, haja vista que antes de ser referenciado para o hospital, o paciente precisou passar pela porta de entrada do SUS, a atenção primária, logo após, a secundária, para então receber a atenção de média e alta complexidade.

Salientando-se que o SAU mensura e faz o tratamento da avaliação dos usuários. Desta forma, conhece os pontos negativos e positivos da rede de serviços de saúde dos usuários dos municípios que o hospital regional atende.

Ao aplicarmos o questionário de perguntas, a terceira entrevistada falou-nos sobre a proposta de melhorias de gestão da saúde pública:

“A informação é uma ferramenta que precisa ser trabalhada, os usuário precisam conhecer o fluxo de atendimento de saúde, que fazem parte (...) Desta forma a proposta que dou, é que sejam realizadas palestras sobre essas informações nos postos de saúde, escolas e centros comunitários, através de profissionais da saúde, que conhecem e trabalham diariamente com essa rede de serviços. Desta forma o usuário irá conseguir procurar o local correto para marcar seu encaminhamento, e não perderá tanto tempo devido a informações erradas, que já retornam com uma informação certa em suas mentes”.

A entrevistada 3 nos relata sobre a falta de informações dos usuários do serviços de saúde que são atendidos no HRPM, e do trabalho desenvolvido pelo SAU, enquanto ouvidoria, com o objetivo de repassar a informação correta. E a proposta de se trabalhar em rede, as informações do fluxo de marcação dos serviços e atendimentos no HRPM, mediante palestras e orientações, para que assim, eles possam compreender como funciona o processo de agendamento dos serviços no hospital, elucidando que ele inicia na atenção básica, sendo nela o primeiro atendimento, e o encaminhamento para o HRPM. No entanto, a marcação ocorre na central de regulação de cada município que recebe os serviços do hospital.

Em sua fala a entrevistada 3 ainda nos disse que:

“Quando o paciente prolonga o seu tratamento, ou o início dele, devido à demora, por falta de informação, isso é desumano, pois quando se trata da saúde existem casos de pacientes (com graves doenças) que não podem esperar por muito tempo. Já vi casos de usuários que não conseguiram agendar seu retorno de consulta para apresentar exames, mediante a demora para marcar e seu estado de saúde agravou -se, muitos chegando ao óbito. A realidade é difícil, pois são poucas vagas para muitos usuários que necessitam de atendimento imediato. A dificuldade no acesso aos atendimentos também é um ponto negativo que precisa de melhorias. Possuimos poucos profissionais e leitos para a abrangência de

“... pessoas que necessitam dos serviços. Então outra proposta seria investimentos na contratação de mais profissionais e a inclusão de novas especialidades médicas também, bem como, de recursos, como equipamentos e materiais hospitalares, reformas com espaços adequados e recursos humanos especializados...”

Através da fala da entrevistada 3, nos deparamos com outro ponto negativo e, por outro lado, uma outra proposta de melhoria, em que o relator afirma que, para haver a melhoria nos serviços, também é necessário além das informações, ampliar o número de recursos financeiros para investir na contratação de novos profissionais; especialidades que não possuem e materiais e equipamentos hospitalares.

A entrevistada 3 também nos falou sobre outros pontos que considera fundamentais no processo de melhoria no atendimento:

“Considero de extrema necessidade o uso de tecnologia, principalmente no atual contexto de globalização, com ela os atendimentos se tornam mais rápidos e eficazes, conseguindo abranger um maior número de atendimentos e usuários satisfeitos. Também a capacitação (competências) dos colaboradores para que possam prestar um atendimento com eficácia, efetividade, eficiente e humano. Entendo que quando o atendimento dos colaboradores é acolhedor, com respeito e atenção ao usuário, eles se sentem bem, tranquilos e seguros e, conseqüentemente, isto gera conforto e confiança, bem como, ajuda no processo de melhoria física e psíquica no qual o paciente se encontra”.

Conforme relatado acima, “o uso da tecnologia simplifica, integra, padroniza os processos sendo uma aliada na gestão e na operacionalização e organização do atendimento e de consultas e exames, fazendo com que as atividades realizadas e os recursos adquiridos sigam parâmetros definidos”. Assim, a proposta é investir no uso de tecnologias que melhorem o atendimento. Contudo, esse fator ainda é pouco explorado na saúde pública. Outro ponto abordado por nossa entrevistada foi a capacitação de equipes. Para que os processos de atendimento, operacionalização e gestão sejam executados adequadamente, desde o primeiro atendimento na triagem até a consulta. Haja vista que a entrevistada relata que a capacitação é primordial e *“uma boa capacitação gera qualidade maior no atendimento do público, contribuindo para profissionais mais atenciosos e empáticos.”* Finaliza, considerando que *“o aproveitamento de recursos técnicos, econômicos e humanos poderá ser consideravelmente elevado.”*

Finalizando sua fala, a entrevistada 3 discorre sobre a humanização no atendimento:

“A humanização, sem sombra de dúvida, melhora o atendimento, pois ele é humano quando você oferece atenção à história daquele usuário, se importa com sua dor, é empático, conversa de forma que a pessoa se sinta à vontade, sem se sentir diminuída ou com medo, pois, lidamos diariamente com personalidades diferentes, com todos os tipos de pessoas (...). Assim, minha proposta é que os gestores entendam a humanização como algo que não pode faltar no atendimento, é uma política, seja ela de assistência, de saúde, de educação etc. Precisamos do engajamento de todos os colaboradores em práticas humanas, pois assim se gera um ambiente melhor de trabalho, bem como o paciente fica feliz e satisfeito e pertencente a uma política que lhe garante atendimento geral com segurança e humanização nestes momentos de doença que sensibiliza muito todos os envolvidos”.

Podemos notar, por meio da fala de nossa entrevistada 3, sobre a importância da humanização no atendimento; ela enfatiza a necessidade de os gestores compreenderem o impacto e a melhoria que o atendimento aos usuários tem, quando os colaboradores o fazem de forma humana, respeitando as diferenças, sendo empáticos e atenciosos. Ressalta ainda, que o atendimento, quando prestado de forma humana, garante a satisfação do usuário, pois ele se sente acolhido. Outrossim, elucida que os gestores devem envolver os colaboradores em práticas humanizadas, ou seja, encorajá-los e estimulá-los, a participarem e desenvolverem ações e projetos do GTH no ambiente de trabalho, para que o mesmo se torne melhor, reforçando as relações entre os colaboradores e, dos colaboradores; os usuários e suas famílias ficam melhores, não restam dúvidas.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, mediante a globalização e o progresso tecnológico, o mundo indiscutivelmente mudou. Porém, com o desenvolvimento da tecnologia, as relações interpessoais, a comunicação, os vínculos foram questionados, e, em alguns casos, secundarizados.

Conduitas como estas refletem-se na qualidade dos serviços de humanização no atendimento aos usuários, um dos principais motivos para garantir a satisfação do paciente. Isso nos faz refletir que, em questões de saúde, não se deve apenas recorrer ao uso das novas tecnologias, mas complementá-las com testes, ferramentas, insumos e instrumentos para encontrar métodos de diagnóstico e tratamento mais humanizados, avançados, especializados e precisos. Além disso, é necessário considerar as outras pessoas e adotar práticas humanas em seu dia a dia. Desta forma, pode-se compreender que prestar um cuidado humanizado é tão importante quanto investir em tecnologia e sistemas de gestão do cuidado. Por meio dela, uma melhor forma de atendimento ao paciente pode ser proporcionada e resultados mais positivos podem ser alcançados no tratamento e no trabalho ético, seguro e pacificador .

Com a criação da Política Nacional de Humanização - PNH -MS (2003) houve uma melhoria significativa no atendimento do usuário do SUS. As unidades de saúde passam a inserir em suas rotinas, práticas humanas pautadas nas diretrizes e princípios desta política pública. Destaca-se ainda que a PNH estimula a comunicação entre os atores envolvidos (gestores, colaboradores e usuários), constrói processos cooperativos e com isto colabora na mudança de pensamentos que promovem novas formas de gerenciar as unidades de saúde e de cuidar do usuário.

A PNH, para desenvolver e difundir seus objetivos, diretrizes e princípios no ambiente hospitalar, trabalha fundamentalmente com o GTH, que fomenta um espaço coletivo, promovendo trabalhos em equipe, multi e interprofissionais, realizando trabalhos voluntários que envolvem os três sujeitos da PNH (usuários, trabalhadores e gestores). Estes atores desenvolvem práticas humanas de valorização coletiva nos processos de trabalho, além de contribuir efetivamente para o fortalecimento do SUS e qualificando a saúde pública do Brasil.

Vale a pena ressaltar que o HRPM, localizado no município de Breves-Pará - cidade considerada a capital da ilha do Marajó – situa-se numa região que tem um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano-IDH no Brasil, mantendo elevados indicadores sociais de mortalidade infantil, desemprego, fome e óbito, inclusive, por doenças parasitárias.

Assim, compreendemos a importância do investimento em políticas públicas de saúde para a região do Marajó, perante o preocupante IDH, uma realidade por muitos esquecida e por outros, escamoteada, ainda que conhecida pela miséria, pobreza e abusos dos mais diversos tipos. Porém, esta região - do ponto de vista cultural - é única na multiplicidade étnica, na diversidade de costumes, gostos e tradições, assim como no panorama geomorfológico. Pode-se dizer, portanto, que o Marajó possui uma singular miscigenação e algumas das maiores riquezas naturais do Brasil.

É importante frisar que a implantação do HRPM foi um marco para a população marajoara, que, desde sempre, enfrentava dificuldades para ter acesso a serviços de saúde, de média e alta complexidade, haja vista, que quando havia a necessidade de exames e tratamentos na atenção terciária, tinham que se deslocar de Breves até a cidade de Belém. Porém, diante da dificuldade de conseguirem chegar até a cidade de Belém, muitos tratamentos eram interrompidos, resultando na piora do estado de saúde do paciente, e, em alguns casos, na morte. Esta triste realidade, felizmente, foi mudando com o início dos serviços prestados pelo HRPM.

Pode-se dizer que o HRPM trouxe para os marajoaras uma nova atmosfera na garantia do direito à saúde e à vida, diminuindo o pesado custo financeiro e humano que os marajoaras teriam que assumir para ter acesso aos cuidados de saúde.

A inovação dos serviços que passaram a ser prestados e a forma de atendimento dos colaboradores se tornaram motivo de destaque, pois quando nos referimos a uma população com os menores índices de desenvolvimento humano, também estamos a pensar num cenário marcado pelo desrespeito, pelos maus tratos, pela falta de acesso a direitos básicos e por políticas precárias, insuficientes e débeis, entre outras mazelas que podem ser pontuadas.

Falar da mudança que o HRPM trouxe para o Marajó é também elucidar que ele gerou emprego e renda, pois o hospital se tornou uma das maiores unidades de emprego para a população, abrindo frentes de emprego qualificado e ampliando empreendedorismo dos seus munícipes entre outras necessidades de melhorias.

Contudo, o nosso estudo concede ênfase à Política Nacional de Humanização – PNH como foco da responsabilidade social do HRPM, demonstrando o Trabalho do Grupo de Humanização dentro e fora da unidade, por meio de projetos e ações desenvolvidos diariamente na prestação de serviços aos usuários.

O GTH teve início logo após a inauguração do hospital, em 2010, mas vale a pena lembrar os primeiros meses pós-inauguração em que a humanização teve uma gestão isolada de apenas um coordenador de ação. Com efeito, a escassez de recursos humanos poderiam ter posto em causa a aplicabilidade do programa.

No final de 2010, após treinamentos foi sendo explicitado aos colaboradores que, apesar de o grupo ter pessoas que voluntariamente administram suas ações e projetos, todo o hospital deve desenvolver, em sua rotina, práticas humanas. Práticas essas de que devem estar cientes todos os profissionais, do colaborador da portaria até à alta direção. O que provamos neste trabalho é que o GTH fortalece os vínculos entre os atores da instituição e traz benefícios para todos os envolvidos, mormente os principais destinatários dos serviços de saúde, os doentes.

Atualmente o hospital conta com 15 projetos e diversas ações desenvolvidas durante as rotinas de trabalho. Possui projetos que atendem à cultura regional, como o projeto redário. Sabe-se que a população marajoara tem o hábito de dormir em rede e para adequar este hábito ao hospital foram colocadas escápulas de redes nos quartos. Também dou destaque aos projetos na área da saúde, a exemplo temos o IHAC e GAAME, que foram implantados para informar e ensinar à população atendida, principalmente gestantes, a importância do aleitamento materno, pré-natal, planejamento familiar, preservativos etc. – visto que a região apresenta elevados indicadores de mortalidade infantil. Podemos concluir da importância dos projetos para a qualidade do atendimento, que se torna muito mais humanizado quando se pensa na pessoa que está sendo atendida e na sua dignidade, e apenas no número de atendidos para atingir uma meta institucional.

Entre estes, como outros projetos abordados neste estudo, quero dar ênfase à satisfação do usuário, que é mensurada diariamente por meio da pesquisa de satisfação realizada pelo Serviço de Atendimento ao Usuário-SAU, do HRPM. Nesta pesquisa, os usuários avaliam os atendimentos e serviços recebidos, atribuindo notas de 0 a 10. Contudo, neste estudo, podemos observar que o HRPM apresenta altos índices de satisfação, ou seja, que o atendimento prestado estava de acordo com o que esperavam. Em nosso trabalho, mediante pesquisa com a superviadora do SAU, constatamos que no ano de 2019 o hospital apresentou a média geral de 98,76% de satisfação dos usuários

Chegando à conclusão, as contribuições que vem de Paulo Freire, com as quais se pode reforçar que a educação (principalmente, a que reforça o saber popular e organizado) contribui e muito, para políticas públicas, nos quais a saúde é um dos pilares fundamentais para a vida humana.

O que não significa dizer que o aprendizado das lutas operárias não possa acontecer através de cursos teórico-práticos de formação de lideranças operárias.

Além disso, a luta de classes, como projeto, não elimina o sonho e a esperança, pois o futuro libertador com o qual sonhamos não é inexorável e não está determinado. Antes devemos refazê-lo, produzi-lo, transformá-lo. E a educação tem um papel fundamental neste ponto: não só a educação escolar, mas uma educação das massas, uma educação popular que possibilite a passagem de uma “consciência ingênua” para uma “consciência crítica”.

Uma educação popular que possa ser aplicada em cooperativas, ações humanitárias, atividades sindicais, na mobilização e organização de uma comunidade. Oferecer educação ao povo que não seja puro treinamento técnico e que só interesse à classe dominante. A formação técnica é uma prioridade sem dúvida ,mas, a seu lado, há outra prioridade que não pode ser posta à margem. O operário que está aprendendo, por exemplo, o ofício de torneiro, de mecânico, de pedreiro, de marceneiro,médico, entre outras, tem o direito e a necessidade de aprendê-lo tão melhor quanto possível, mas tem, igualmente, o direito de saber a razão de ser do próprio procedimento técnico.

Por fim, conclui-se que cada pessoa que passa pelo HRPM - assim como outras unidades de saúde públicas ou privadas do Brasil - têm sim, dificuldades, infelizmente comuns a todo o

território brasileiro. Entrementes, podemos já vivenciar que todo trabalho desenvolvido com a PNH traz empatia, além de oferecer, um atendimento de qualidade, eficiente e ético, o qual evidencia um serviço de excelência para a população que dele tanto necessita. Confiar no atendimento dos profissionais, criar vínculos respeitosos, apresentam maiores chances de melhorias de seus quadros clínicos apresentados.

Bibliografia e fontes

- Amaral, E. F. (2015). *Malária: Aspectos históricos e utilização da artemisinina em seu tratamento*. Universidade Federal de São João Del Rei. São João Del Rei.
- Archanjo, J. V. L. (2010). *Política Nacional de Humanização: Reafirmando os princípios do SUS*. Dissertação. Barros, E. de. B (Orientadora). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória.
- Autolac. (s/d). *Atendimento Humanizado: O que é e qual a importância na área de saúde?* [Em linha]. Disponível em: < <https://autolac.com.br/blog/atendimento-humanizado-na-area-de-saude/>>. [Consultado em: 20/10/2020].
- Baptista, T. W. F. (2003). *Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Baptista, T. W. F. (2007). Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 23, n. 3, pp. 615-626. Rio de Janeiro.
- Barbosa, M. J. de. S. (Coord). (2012). *Relatório Analítico do Território do Marajó*. Eid, F.; Santos, M. A. R., et alii. (Org.). Universidade Federal do Pará. Belém.
- Bispo, E.; Paes, T. R. (2015). *A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Município de Breves/PA*.
- Benevides, R.; Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Revista Interface – Comunic, Saúde, Educa*. v.9, n. 17, pp. 389-406. Rio de Janeiro.
- Bertolli Filho, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. Editora Ática, São Paulo.
- Brasil. (1986). *Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF.
- Brasil. (2000). *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília.
- Brasil. (2001). *Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília.
- Brasil. (2011). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

- Brasil. (2003). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS. 248 p. ISBN 85-89545-02-4.1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLM WA 525 CDD - 20 ed. 362.1068
- Brasil. (1990). *Leis orgânica da saúde LEI N° 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Senado, Brasília.
- Brasil. (2004). *Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. Brasília.
- Brasil. (2002). *Princípios e diretrizes: Lei n°. 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. Brasília.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. mini.: il. color – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1114-61. SUS (BR). 2. Prestação de cuidados de saúde. 3. Condições de trabalho. I. Título. II. Série.
- Brasil. (2003). *Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. Brasília.
- Brasil. (2014). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 41ª Edição. Brasília.
- Brasil. (2002). *Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília-DF.
- Brasil. (2007). *Plano de Desenvolvimento Territorial Sustentável do Arquipélago do Marajó*. Governo Federal. Governo do Estado do Pará. Brasília: PDTSAM.
- Brasil. (2005). *Política nacional de humanização: HumanizaSUS*. [Em linha]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. [Consultado em: 25/10/2020].
- Bravo, M. I. S. (2011). *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. 4ª ed. Editora Cortez
- Bravo, M. I. S. (2001). *Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Rio de Janeiro.
- Bueno, M. L. A.; Carvalho, T. H. P. F. de.; Augustinho, M. L. (2020). *Humanização – Construindo um novo conceito de fazer saúde*. In: Estratégias e Políticas em Qualidade de Vida. [Em linha]. Disponível em: <https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/tecnologia_cap3.pdf>. [Consultado em: 20/11/2020].

- Caetano, V. N. da S. (2013). *Educação do Campo em Breves/PA: prática pedagógica em classe multisseriada*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Pará. Belém.
- Carvalho, G. (2013). *A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados*, v. 27, n. 78. [Em linha]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. [Consultado em: 05/10/2020]. São Paulo.
- Cecílio, L. C. de O.; Puccini, P. de T. (2004). *A humanização dos serviços e o direito à saúde*. [Em linha]. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n5/29.pdf> . [Consultado em: 05/10/2020].
- Colunista Portal da Educação. (s/d). *SUS: Principais definições legais*. [Em linha]. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao-fisica/sus-principais-definicoes-legais/38569>>. [Consultado em: 15/10/2020].
- Conass. (2011). *Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília.
- Conass. (2009). *Seminário Nacional de Regulação*. Secretaria de Saúde. Brasília.
- Conass. (2003). *Para entender a gestão do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília.
- Costa, E. A. (2003). *Programa de Formação em Planejamento e Gestão Estratégica para os Servidores da UNICAMP*. Campinas.
- Cristo, A. C. P. de; Leite Neto, F. C.; Couto, J. de J. (2005). *Educação rural ribeirinha marajoara: Desafios no contexto das escolas multisseriadas*. In: HAGE, S. M. (Org.). *Educação do campo na Amazônia: retratos de realidade das escolas multisseriadas no Pará*. Belém: Gráfica e Editora Gutenberg Ltda, pp. 114-131.
- Cristo, A. C. P. de. (2007). *Cartografias da educação na Amazônia rural ribeirinha: estudo do currículo, imagens, saberes e identidade em uma escola do Município de Breves/Pará*. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Belém.
- Declaração dos Direitos Humanos. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. [Em linha]. Disponível em: < capital.sp.gov.br/cidadao/familia-e-assistencia-social/conheca-seus-direitos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos#:~:text=Todo%20ser%20humano%20tem%20direito%20a%20um%20padr%C3%A3o%20de%20vida,outros%20casos%20de%20perda%20dos>. [Consultado em: 15/10/2020].
- Diniz, M. (2005). *Sesmarias e posse de terras: política fundiária para assegurar a colonização brasileira. Revista História*. Edição nº 2, jun/2005. [Em linha]. Disponível em: < <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao02/materia03/>>. [Consultado em: 07/10/2020].

- Dourado, E. P. V.; Sanna, M. C. (2009). Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* v. 62, n.6. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a12v62n6.pdf>>. [Consultado em: 14/11/2020]
- Fortes, P. A. C. (2004). *Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde* [Em linha]. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci_arttext&tlng=pt>. [Consultado em: 11/05/2020].
- Fortes, P. A. C. (1998). *Ética e Saúde*. Editora Pedagógica Universitária, São Paulo.
- Foucault, M. (2005b). *O que são as luzes?* In: Foucault, M. Arqueologia das ciências e histórias dos sistemas de pensamentos. 2. ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1995). *Michel Foucault: reflexões acerca dos saberes e dos sujeitos*. Oliveira, A. S. Q. de.; Barbosa, L. B. de. S.; Leite, L. S. M. (Orgs). 2019. Mossoró – RN: EDUERN.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits II: 1976-1988*. Quarto Gallimard, Paris.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. Editora Paz e Terra, São Paulo.
- Gallian, D.M.C.; Pondé, L.F.; Ruiz, R. (2012). Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. *Rev. Int. Hum. Med.*, v.1, n.1, pp.5-15.
- Gallian, D.M.C.; Reginato, V. (2009). *Relação Assistencial e Sua Humanização*. In: Ramos, D.L.P. (Org.). *Bioética, Pessoa E Vida*. São Caetano Do Sul: Difusão Editora, pp.117-33.
- Gonçalves, A. C. O., et alii. (2016). *Marajó. A função socioambiental do patrimônio da união na Amazônia*. [Em linha]. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9677/1/Maraj%C3%B3.pdf>>. [Consultado em: 09/12/2020].
- Goulart, B. N. G.; Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde: Contribuições para reflexão. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, pp. 255-268.
- Granchi, G. (2018). *Saúde: Sintomas, prevenção e tratamentos para um vida melhor*. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/09/27/saude-e-um-dever-do-cidadao-e-nao-do-estado-diz-drauzio-varella.htm>>. [Consultado em: 08/12/2020].
- Grubba, M. R. M. (2006). *A humanização nas relações instituição-usuários nos hospitais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - Brasil: análise do Programa Conte Comigo como um instrumento para o respeito à autonomia dos usuários*. [Em linha]. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-440913>>. [Consultado em: 05/12/2020].

- Hays, J. N. (2005). *Epidemics and pandemics their impacts on human history*, Santa Barbara: Califórnia.
- Heckert, A. L. C.; Passos, E.; Barros, M. E. B. de. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. v. 13, n. 1, pp. 493-502. Vitória.
- Herzlinger, E. R. (2006). Why innovation in health care is so hard? *Harvard Business Review*, pp. 58-66.
- HRPM. (2018). *Relatório Consubstanciado de Atividades. Contrato de Gestão. SESPA e Organização Social de Saúde (OSS)*. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2019/04/HRPL-Relat%C3%B3rio-Substanciado-2018.pdf>>. Paragominas.
- Hwang, H.; Christensen, C. M. (2008). *Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation*. *Health Affairs*, 27(5), pp. 1329-1335.
- IBGE. (2010). *SIS 2016: 67,7% dos idosos ocupados começaram a trabalhar com até 14 anos*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil.
- IDEB. (2017). *Resultados do índice de desenvolvimento da educação básica*. Resumo. Ministério da Educação. Brasil.
- Kahtri, N.; Baveja, A.; Boren, S. A.; Mammo, A. (2006). Medical errors and quality of care: from control to commitment. *California Management Revive*, v. 38, n. 3, pp. 115-141.
- Lima, V. L. C., *et alii*. (2005). Dengue: inquérito populacional para pesquisa de anticorpos e vigilância virológica no município de Campinas. *Cad Saúde Pública*, pp. 669-82. São Paulo.
- Lima, N. L. de. (2011). *Saberes culturais e modos de vida de ribeirinhos e sua relação com o currículo escolar: um estudo no município de Breves/Pará*. Belém.
- Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; Muricy, K. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Malik, A. M. (2009). *Inovação e a área da saúde*. Amorin, M. C. S.; Perillo, E. B. F. (Orgs.). Para entender a saúde no Brasil 3. pp. 71-88. Editora LCTE, São Paulo.
- Martins, M.C.F.N. (2001). *Humanização Das Relações Assistenciais: A formação do profissional de saúde*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Matta, G. C. (2007). *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: Matta, G. C.; Pontes, A. L. M. (Orgs). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

- Mazzetti, M. (2005). *Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult>>. [Consultado em: 22/11/2020].
- Mendes, G. H. S.; Mirandola, T.B.S. (2015). *Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados*. Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP, Brasil, v. 22, n. 3, pp. 636-648. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X1226-14>>. [Consultado em: 08/10/2020].
- Menicucci, T. M. G. (2014) História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar., pp.77-92.
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: A Cartografia Do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2006). *Grupo de Trabalho de Humanização*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Grupos%20de%20Trabalho%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. [Consultado em: 03/01/2021].
- Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Humanização*. [Em linha]. Disponível em: <<https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao>>. [Consultado em: 03/01/2021].
- Ministério da Saúde. (2015). *Política Nacional de Humanização*. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>>. [Consultado em: 03/01/2021]. [Atualizado em: 2017].
- Ministério da Saúde. (2013). *Canais de Comunicação do HumanizaSUS*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasil.
- Ministério da Saúde. (2002). *O sistema público de saúde brasileiro*. Seminário Internacional: Tendências e Desafio dos Sistemas de Saúde nas Américas. Brasil.
- Morgado, H.; Carvalho, M.; Vilhena, E. (2018). *A humanização como factor de qualidade nos serviços de saúde*. [Em linha]. Disponível em: <<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6196>>. [Consultado em: 08/12/2020].
- Mota, R. A.; Martins, C. G. de M.; Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*. v. 11, n. 2, pp. 232-330. Maringá.
- Nembhard, I. M.; Alexander, J. A.; Hoff, T. J. (2009). Why does the quality of health care continue to lag? Insights from management research. *Academy of Management Perspectives*, 23(1), pp. 25-42.
- Nygren-Krug H. (2004). Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. Saúde e Direitos Humanos. Vaitsman J.; Andrade G. R. B. (Orgs). Satisfação e

responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet*, 10(3):599-613.

Oliveira, J. C. (2012). Percepções sobre o cuidado realizado por técnicos de enfermagem de um serviço de emergência do SUS. *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia*. Porto Alegre.

Ortega, G. J. (1925). *La deshumanización del arte*. História Das Políticas De Saúde No Brasil: Uma Pequena Revisão. Vinícius, M. (Orgs). Editora Polignano, Madrid.

Organização Nacional de Acreditação – ONA. (2013). *Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares*. Recuperado em 1 de dezembro de 2013. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. [Consultado em: 03/10/2020].

Organização Nacional de Acreditação – ONA. (2009). *A ONA é a responsável por coordenar o processo para a Acreditação de Serviços e Programas da Saúde, em nível nacional*. [Em linha]. Disponível em: <<https://www.dnvgl.com.br/services/acreditacao-ona-74647>>. [Consultado em: 04/10/2020].

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

PNH. (2013). *O que é a Política Nacional de Humanização?* 1º ed. 1º reimpressão. Brasília, Distrito Federal.

PNH. (2017). *Política Nacional de Humanização*. HumanizaSUS. [Em linha]. Disponível em: <<https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. [Consultado em: 15/01/2021].

Polignano, M. V. (2006). *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. [Em linha]. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. [Consultado em: 04 de outubro de 2020].

Pomey, M. P.; Contandriopoulos, A. P.; François, P.; Bertrand, D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2-3), pp. 113-124. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410532757>. PMID:15301268.

Pomey, M. P.; François, P.; Contandriopoulos, A. P.; Tosh, A.; Bertrand, D. (2005). *Paradoxes of French accreditation*. Quality & Safety in Health Care.

Pomey, M. P.; Lemieux-Charles, L.; Champagne, F.; Angus, D.; Shabah, A.; Contandriopoulos, A. P. (2010). *Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations*. *Implementation Science*, 5(31), p. 31. [http:// dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-31](http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-31). PMID:20420685.

- Porter, M. E.; Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard Business Review* pp. 65-76.
- Pôrto, A. (2006). *O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas*. v. 13, n. 4, pp. 1019-27. Rio de Janeiro.
- Prefeitura Municipal de Breves (2011). *Conheça a história do município de Breves*. [Em linha]. Disponível em: <<http://ipmb.breves.pa.gov.br/?action=get&id=ODM1LThiMmFhMA,,>>. [Consultado em: 02/01/2021].
- Puccini, P. de T.; Cecílio, L. C. de O. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.20, n. 5, pp. 1342-1353. Rio de Janeiro.
- Rech C. M. F. (2003). *Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?* São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Ribeiro C. R. O. (2002). *O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5a ed.). Simon & Schuster Adult Publishing Group, New York.
- Silva, F. A., et alii. (2018). Comércio internacional e crescimento econômico: uma análise considerando os setores e a assimetria de crescimento dos estados. *Nova Economia*, v. 28, n. 3, pp. 807-848. Viçosa.
- Schaan, D. P. (2002). *De tesos e Igaçabas, de índios e portugueses: Arqueologia e história da Ilha de Marajó, Belém, Pará: Museu do Forte do Castelo*.
- Seidl, E. M. F.; Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. v. 20, n. 2, pp. 580-588. Rio de Janeiro.
- Souza, M. do S. de., et alii. (2017). Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde colet*. v.22, n. 10. Rio de Janeiro.
- Souza, G. C. de A.; Costa, I. do C. C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde Soc*. v. 19, n. 3, pp. 509-517. São Paulo.
- Souza, N. P. C. (2014). *A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): Antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado*. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- Tesser, C. D.; Luz, M. T. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Clínica e Saúde Coletiva*, (7(2)), pp. 363-372.

The WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicina*. v. 10, pp. 1403-1409.

Waldow, V. R.; Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Revista Act Paul. Enferm.*, v. 24, n. 3, pp. 414-418. Rio Grande do Sul.

Who. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. [Em linha]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/>. [Consultado em: 20/11/2020]. Geneva.

Zoboli E. L. C. P. (2003). *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família*. São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ANEXOS

Anexo 1. Autorização para coleta de dados



AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaramos em nome do Hospital Regional Público do Marajó, ter conhecimento da tese de mestrado (estudo de caso) intitulado: "A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH COMO FOCO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E ÉTICA DA SAÚDE PÚBLICA DO MARAJÓ- BREVES -PARÁ- BRASIL", de autoria da discente LUCIA POLETTI DA SILVA do Curso de mestrado de Ciências empresariais da Universidade Fernando Pessoa – Porto – Portugal, dando-lhe consentimento para realizar 02 entrevistas com 02 colaboradoras que acompanham o projeto desde o início sobre a importância da humanização nesta unidade hospitalar, dados e resultados de indicadores de projetos do GTH e síntese do grau de satisfação e da importância do SAU nesta unidade, no período preestabelecido pelo cronograma (Outubro de 2020).

Ao término do projeto deverá ser enviado à Diretoria do HRPM, cópia dos resultados obtidos.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento.

Breves - Pará, 28 de 10 de 2020

Diretoria Executiva / HRPM

Anexo 2. Questionário



P2

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM :

R: técnico enfermagem

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

R: 2 anos

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é uma política do SUS que ajuda todos.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, garante coisas boas.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Particpei pouco, mas todos os anos eles reforçam este processo.

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Avanços é que temos muitos projetos e participação e dificuldade é que muita rotatividade de funcionários acaba atrapalhando.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: não tenho sugestões.

Anexo 3. Entrevistas

Entrevista 1 - Supervisora de Atendimento SADT

1) Qual a sua função no Hospital Regional Público do Marajó- HRPM ?

Supervisora de Atendimento SADT.

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

Há 10 anos.

3) O que é humanização para você?

Humanização e ter um olhar de empatia para com cada situação, cada usuário, cada pessoa da comunidade. É imaginar, e se fosse eu naquela situação, como eu gostaria de ser tratado. E ter a capacidade de se colocar no lugar do outro. E sentir a dor do outro doer em você também. E perceber em pequenas ou grandes ações que fazemos, direcionadas a um grupo respeitando suas diferenças e peculiaridades, podemos obter resultados positivos.

4) Você considera importante o Grupo de trabalho de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM? Sim () Não () Porque?

Sim, para conduzir ações consistentes, que envolvam usuários, colaboradores e a comunidade em geral, com o objetivo de causar impacto positivo de melhorias e levar a essas pessoas, uma visão empática sobre o processo, pois não tem como falar de humanização, sem pensar em empatia.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização do HRPM?

Houve um processo de sensibilização dos colaboradores, para que voluntariamente participassem do grupo;

Passamos por várias capacitações para que pudessemos entender o papel de cada um dentro do grupo;

Fizemos capacitações com os membros sobre Política Nacional de Humanização (PNH);

Elaboramos projetos e ações, de forma a abranger usuários, colaboradores e comunidade em geral.

6) Para você, quais foram os avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

Conseguimos entender com a pratica das ações, o quão importante elas são para instituição, pois com isso, percebemos em longo prazo de que coisas repassadas em algumas ações tem reflexos positivos, e com tudo isso garantimos um nível de satisfação elevado. No entanto fazer com que as coisas aconteçam de uma forma mais tranquila e consistente demanda tempo e dedicação. Acredito que o fato da rotatividade de alguns membros tenha sido o nosso maior desafio. Hoje não, pois já temos um grupo mais consistente e já estamos chegando a um nível de maturidade que nos faz compreender que ações de humanização não necessariamente precisam ser executadas pelos membros do grupo e que os setores estão livres para criar suas próprias ações, inclusive dentro de sua própria rotina de trabalho, algo que possa impactar positivamente o processo do cuidar.

Entrevista 2 - Supervisora do NEP

1) Qual a sua função no Hospital Regional Público do Marajó- HRPM?

Supervisora do NEP.

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

Há 10 anos.

3) O que é humanização para você?

Humanizar e você trata o outro, como você gostaria de ser tratado, dar atenção diferenciada e demonstrar empatia; cumprimentar, chamar pelo nome, olhar nos olhos e escutar o outro com atenção. E dentro de um hospital, e você transmitir confiança, segurança e apoio para que o paciente possa se abrir e acreditar no tratamento; respeitar a intimidade de cada um, suas crenças e seus desejos.

4) Você considera importante o Grupo de trabalho de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM? Sim () Não () Porque?

O grupo de humanização é muito importante dentro Hospital Regional, por que o paciente busca não só a solução do problema de saúde que ele ta enfrentando, mais também o alívio e conforto pessoal e através do grupo de humanização é possível realizar boas práticas de atendimento que envolve ambiente físico, comunicação entre os colaborador e usuário, como também com seus familiares, que criam uma relação de confiança entre ambos. Assim o grupo de trabalho de humanização é essencial para garantir que os processos sejam feitos da melhor maneiras possível.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização do HRPM?

No ano de 2010, foi criado no HRPM, uma comissão de humanização formada por colaboradores voluntários que passaram por vários capacitações com objetivo de realizar ações humanizadas voltadas para usuários, colaboradores e comunidade em geral.

Em 2011 a comissão de Humanização passou a ser Grupo de Trabalho de Humanização advindo da Política Nacional de Humanização (PNH) do ministério da saúde, que legitima a mesma através da Portaria GM/MS nº881 de 19/06/2001.

De 2011 até os dias atuais passamos a realizar as ações através dos projetos de forma a abranger usuários, colaboradores e comunidade em geral.

6) Para você, quais foram os avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

- Estruturação de projetos, a serem desenvolvidos no HRPM, com base nas diretrizes da PNH do Ministério da Saúde.
- Conseguimos entender que é necessário ter um olhar especial, a cada usuário, e cada necessidade sua, pois nenhum usuário possui necessidades iguais, cada um possui uma história de vida, e uma atenção diferenciada que demonstre empatia.
- Conseguimos oferecer um atendimento humanizado, garantindo uma maior satisfação do usuário no atendimento.
- A mudança e saída de membros foi uma de nossas maiores dificuldades.

Entrevista 3 – Supervisora do SAU

1) Qual a sua função no Hospital Regional Público do Marajó- HRPM?

Supervisora do SAU

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

10 anos

3) Apresente propostas de melhoria de gestão de saúde pública regional e sua humanização

A informação, e uma ferramenta que precisa ser trabalhada, os usuários precisam conhecer o fluxo de atendimento de saúde, que fazem parte, nos deparamos todos os dias, com usuários, que nos procuram para questionar por que o hospital regional ainda não agendou seu retorno, ou por que o leito não saiu, quando na verdade esse processo pertence a central de regulação de cada município atendido no hospital. A regulação que é onde deve ser agendado exames e consultas encaminhadas para o regional, funciona nos postos de saúde, que são unidades básicas de saúde, mas, a população desconhece esse fluxo e procura diretamente o hospital. Assim quase todos os dias recebo em minha sala usuários que querem registrar queixa, sobre a demora na marcação, dessa maneira os orientamos, sobre esse fluxo, repassando a informação correta, os direcionando para a secretária de saúde do seu município, nos casos de não obterem resposta. Por outro lado, a regulação de leitos, que pertence ao estado e ao município, é administrada pela 8º regional, e não pelo hospital regional, como muitos usuários pensam, pois nos procuram para registrar queixa devido a demora do leito e sempre quando vamos orienta-lós, os mesmos desconhecem essa informação.

Fazer com que os usuários compreendam esse processo e bem difícil, por que sempre entenderam que era o regional que fazia todo esse fluxo. Desta forma a proposta que dou, e que sejam realizadas palestras sobre essas informações nos postos de saúde, escolas e centros comunitários, através de profissionais da saúde, que conhecem e trabalham diariamente com essa rede de serviços. Desta forma o usuário irá conseguir procurar o local correto para marca seu encaminhamento, e não perderá tanto tempo devido informações erradas, que já retornam com uma informação certa em suas mentes. Percebemos que o S.A.U é de fundamental importância no crescimento da qualidade do

atendimento humanizado no Hospital Regional, pois é um canal de informação e escuta ao usuário.

Quando o paciente, prolonga o seu tratamento, ou o início dele, devido a demora, por falta de informação, isso é desumano, pois quando se trata da saúde existem casos de pacientes (com graves doenças) que não podem esperar por muito tempo. Já vi casos de usuários que não conseguiram agendar seu retorno de consulta para apresentar exames, mediante a demora para marcar e seu estado de saúde agravou -se, muitos chegando ao óbito.

A realidade é difícil, pois são poucas vagas para muitos usuários que necessitam de atendimento imediato. A *difficuldade no acesso aos atendimentos*, também é um ponto negativo que precisa de melhorias. Possuímos poucos profissionais e leitos para a abrangência de pessoas que necessitam dos serviços.

Então outra proposta seria investimentos na contratação de mais profissionais e a inclusão de novas especialidades médicas também, bem como, de recursos, entre os quais: equipamentos e materiais hospitalares, espaços adequados a necessidade de pessoas com alguma debilidade motora ou funcional e recursos humanos especializados.

A humanização, sem sombra de dúvida, melhora o atendimento, pois ele é humano quando você oferece atenção à história daquele usuário, se importa com sua dor, é empático, conversa de forma que a pessoa se sinta à vontade, sem se sentir diminuída ou com medo, pois, lidamos diariamente com personalidades diferentes, com todos os tipos de pessoas. Recebemos o caboclo, o ribeirinho, o agricultor, pessoas com pouca e muita instrução, pessoas com dificuldade de entendimento e outras que questionam tudo. No entanto fazer com que a gestão entenda que ela deve trabalhar todos os colaboradores para pensarem e praticarem o atendimento humanizado em muitos casos literalmente ... saberem lidar com o “diferente” e não diante do que a sociedade apresenta como “o normal”, mais levar a compreensão que todos somos diferentes e isso não nos torna melhores ou piores, somos humanos iguais!

Em um treinamento que passei sobre atendimento humanizado para os colaboradores do administrativo, eu falei, que temos que saber atender o usuário, analisando suas características, para que possamos conseguir dar um atendimento de uma forma que o mesmo entenda o que está sendo repassado. É comum recebermos usuários, como chamamos do “interior” que para nos comunicarmos, temos que ter uma fala coloquial para que compreendam, assim minha proposta é que os gestores, entendam a

humanização com algo que não pode faltar no atendimento, é uma política, seja ela de assistência, de saúde, de educação, etc.

Precisamos do engajamento de todos os colaboradores em práticas humanas, pois assim se gera uma ambiente melhor de trabalho, bem como o paciente fica feliz e satisfeito e pertencente á uma política que lhe garante atendimento geral com segurança e humanização nestes momentos de doença que sensibiliza muito todos os envolvidos.



P4

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó HRPM :

R: Auxiliar ADM 1

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

R: 3 anos.

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é cuidar sempre

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM?

Sim (x) Não () Porque

R: Sim, para criar e animar as ações para usuários, colaboradores

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Sempre com convites, reuniões de decisões de todos .

6) Para você, quais foram os avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Avanços é que sempre temos atualizações e como colaboradores podemos atender melhor e dificuldade é que nem todos participam.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: o Governo fiscalizar mais p todos os hospitais terem humanização.



P5

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM? **R: enfermeiro**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição:

R: 1 ano.

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é fazer cada vez melhor nosso trabalho técnico e eticamente falando.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para os usuários e colaboradores do HRPM?

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, para que o hospital fique sempre bom.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Particpei bem pouco, agora q vejo q humanizar é importante.

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Como disse não sei muito, mas vejo q a humanização só ajuda.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização:

R: Não sei

P6

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM ?

R: Porteiro

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

R: A 4 anos.

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é trabalhar dentro da lei com paixão.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM?

Sim(x) Não () Porque

R: Sim

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Houve sempre muito treinamento, sempre, até na integração.

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: O HRPM é o melhor hospital da região, isto é um avanço. E sempre tem dificuldade de quem não quer participar.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: Não sei

P7

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM?

R: Copeira

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição

R:5 anos.

3) O que é humanização para você?

R: Humanização ter muito mais q polica do SUS , é ser humano acima de tudo.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, para trabalhar e atender melhor.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Passamos por varias capacitações para entender o papel de cada um dentro do Grupo;

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Conseguimos entender muito melhor o que precisamos fazer para atender os pacientes e também para colaborar com nosso colega. Existem sempre dificuldades, principalemnte quando muda a diretoria.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: Fazer mais treinamento, participar de grupos fora hospital , conselho municipal.



P8

QUESTIONÁRIO

1) *Qual* sua função no Hospital Regional *Público* do Marajó -HRPM ?

R: Auxiliar de Higienização.

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

R: 7 anos

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é fazer nossa parte bem feita e com amor.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

sim(x) Não () **Porque**

R: Sim, para ajudar as pessoas

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Sempre com reuniões e treinamentos para todos .

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Conseguimos entender que todo mundo pode ajudar , a humanização não é só do diretor, é de todos, até do paciente e é difícil participar sempre .

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização

Não respondeu.

P9

QUESTIONÁRIO

1) *Qual* sua função no Hospital Regional *Público* do Marajó -HRPM **R: Supervisora do Laboratório.**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição? **A 3 anos.**

3) O que é humanização para você;

R: Humanização é empatia, solidariedade, compromisso e alegria sempre.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuário e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, para gerenciar as ações que envolvam usuários, colaboradores e a comunidade em geral

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Houve um processo de sensibilização dos colaboradores para que voluntariamente participassem do grupo;

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Conseguimos garantir um nível de satisfação elevado, trabalhando com satisfação e entusiasmo.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: Minha sugestão é incluir os colaboradores dos demais hospitais e postos saúde neste processo de formação.

P10

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM **R: Cozinheira.**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição:

R:4 anos.

3) O que é humanização para você;

R:è fazer o nosso dia de trabalhadores da saúde o melhor possível, eu cozinho e amor e tento passar meu carinho na comida.

4)Voce considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim,

5)Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Muita palestra, treinamentos e estudos para que a gente se envolvesse , sempre muito bom.

6)Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Conseguimos muitas coisas boas com os projetos (horta, brinquedoteca, leitura, festas, redário), mas as dificuldades sempre existiram e acho q sempre vai ter. Trabalhamos com pessoas.

7)Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: que os outros funcionários do município e estado fizessem GTH.



P11

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM : **Coordenador de Qualidade .**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição:

A 10 anos.

3) O que é humanização para você;

R: Humanização é oferecer um atendimento seguro, com excelencia onde todos os envolvidos estejam bem.

4)Voce considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, para que a continuidade de um atendimento seguro da assistencia seja garantido.

5)Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Houve um processo de sensibilização, capacitações e muito planejamento para que os projetos fossem assertivos e realmente beneficiassem o hospital e a comunidade.

6) Quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: Conseguimos adequar as atividades em curto, medio e longo prazo e assim trabalhar com processos e registros fundamentais para uma unidade saude , além dos resultados positivos.

E dificuldade vejo a rotatividade principalemnte da gestão do hospital.

7)Apresente, propostas de melhorias de gestão da caúde pública regional e sua humanização.

Criar mais comitês.



P12

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função do no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM: **Supervisor de logística.**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição?

R: A 9 anos.

3) O que é humanização para você?

R: Humanização é uma política do SUS que ajuda no atendimento e qualidade .

4) Voce considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Humanização é alma do hospital.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: um movimento da gestão e da instituição logo no inicio com a integração e depois com formação constante para todos.

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

Nestes anos só vejo avanços, somos um hospital qualificado no meio da floresta, mas temos dificuldade em manter o padrão e o entusiasmo das pessoas.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

Sensibilizar os funcionários do governo em outras unidades de Breves.

P13

QUESTIONÁRIO

1) *Qual* sua função no Hospital Regional *Público* do Marajó -HRPM : **Gerente Assitencial.**

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição : **A 3 anos.**

3) O que é humanização para você;

R: È ir além da assitencia e das intervenções clinicas, è estar sempre atualizado para respeitar a individualidade de cada paciente e cada individuo .

4)Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

Sim(x) Não () Porque

R: Sim, para aumentar a eficácia dos resultados , satisfação do paciente e credibilidade do hospital.

Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

Eu cheguei na unidade e o processo já existia, mas como é algo permanente e muito ativo, todos os anos a gestão renova e trabalha para aumentar a eficácia da humanização.

6)Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: O desafio é eterno , pois como disse a humanização é constante , e por ser aqui no Marajó temos rotatividade então treinamento é fundamental. Mas avanços deste hospital é muito grande devido a humanização do atendimento.

7)Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

R: treinamentos, planejamentos e grupos de trabalho.



P14

QUESTIONÁRIO

1) Qual sua função no Hospital Regional Público do Marajó -HRPM

R: Assistente Social.

2) Há quanto tempo você atua nesta instituição:

A 6 anos.

3) O que é humanização para você;

R: é um olhar ampliado do serviço de saúde atendendo todos na integralidade e ampliando possibilidades para os cidadãos.

4) Você considera importante o Grupo de Humanização para usuários e colaboradores do HRPM

sim(x) Não () Porque

R: para ampliar as possibilidades de todos.

5) Explique, como ocorreu o processo de implementação da humanização no HRPM?

R: Houve um processo de sensibilização dos colaboradores para que todos participassem, passamos por várias capacitações e depois criamos e implementamos os projetos.

6) Para você, quais foram os Avanços e dificuldades na implementação da humanização do HRPM?

R: As dificuldades iniciais sempre foram a questão do desconhecimento, a rotatividade de funcionários pouco tempo para estudar, mas depois com os projetos e bons resultados avançamos muito.

7) Apresente, propostas de melhorias de gestão da saúde pública regional e sua humanização.

Mais treinamentos, e planejamento do município.

