



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

SANDRA MARA RETTEMANN

**GESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO
DE CASO NO TOCANTINS**

PALMAS - TO

2016

SANDRA MARA RETTEMANN

**GESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO
DE CASO NO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do
Tocantins como requisito para a obtenção do título de
mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado

PALMAS - TO

2016

**Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins
Campus Universitário de Palmas**

Rettemann, Sandra Mara

Gestão Social e a Política Nacional de Humanização – Um Estudo de Caso no Tocantins. / Sandra Mara Rettemann. – Palmas, 2015.

163 f.

Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional. Universidade Federal do Tocantins, 2015.

Orientador: Dr. Airton Cardoso Cançado

1. Gestão Social 2. A Política Nacional de Humanização. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

Bibliotecário:

CRB-2 / 1118

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (**Lei nº 9.610/98**) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

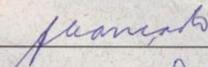
SANDRA MARA RETTEMANN

“GESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO NO TOCANTINS”

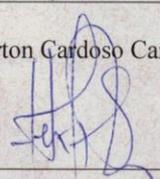
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.
Orientador: Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado

Aprovada em 01/03/2016.

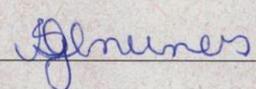
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado (Orientador)



Prof. Dr. Alex Pizzio da Silva - UFT



Profa. Dra. Suzana Gilioli da Costa Nunes - UFT

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo aos trabalhadores do SUS
e a todos os que acompanharam-me nesta árdua,
mas gratificante jornada.*

AGRADECIMENTOS

Quando o Salvador curou os dez leprosos e apenas um veio agradecer-Lhe, Ele citou os nove ingratos, como uma lição para todos, quando disse: “Não eram dez os limpos?” (Lc. 17:17).

A gratidão é mais profunda que um simples obrigado. Dizer obrigado é o começo da gratidão.

Demonstro minha gratidão, primeiramente, ao Mestre dos mestres, criador de todas as coisas, e ao companheiro que sempre está comigo - o Espírito Santo - que ilumina, conforta, expande a alma, dá forças, entendimento, sabedoria, luz, e que mostra o melhor caminho a ser seguido.

Demonstro minha gratidão à minha família por tudo o que fizeram por mim, pela paciência e pelos momentos que me encorajaram a não desistir.

Demonstro minha gratidão aos amigos e aos colegas que torceram pelo meu sucesso e que sempre tiveram uma palavra de conforto nas horas difíceis.

Demonstro minha gratidão aos meus professores, àqueles que são comprometidos, estes que sabem, como afirmou Vasco Moretto, “que aprender é construir significados, e ensinar é oportunizar esta construção.”

EPÍGRAFE

O mundo não é. O mundo está sendo, como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono. Meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrência.

Paulo Freire

RESUMO

A política de saúde pública no Brasil configura-se como importante ação de governo que pode contribuir para o crescimento econômico e desenvolvimento regional, já que não se pode negar a importância da saúde individual e coletiva dos cidadãos e trabalhadores nestes processos. Esta pesquisa teve como objetivo identificar e discutir a Política Nacional de Humanização na perspectiva da Gestão Social. Esta política, elaborada pelo Ministério da Saúde, é um instrumento estratégico para as possibilidades de mudanças nos processos de gestão e de cuidado através de métodos de inclusão e valorização do trabalhador. Busca promover as grupalidades e a construção coletiva com a participação dos trabalhadores nos processos de planejamento e decisão. Para realização deste objetivo foram utilizadas as informações obtidas em uma pesquisa de campo quantitativo-descritiva, de cunho social, na área da saúde, onde utilizou-se a técnica de aplicação de questionários investigando sobre os processos de humanização nas unidades de saúde em 2011. Inicialmente utilizou-se referencial teórico que aborda conceitos sobre a Política Nacional de Humanização, a Gestão Social, o Sistema Único de Saúde e a Participação Cidadã. O questionário foi aplicado em 19 unidades de saúde, sob gestão estadual, abrangendo quinze municípios do Tocantins, tendo alcançado um total de 19 questionários válidos. Esta pesquisa deu origem a um processo de apoio institucional, na tentativa de implementação da Política Nacional de Humanização, em uma unidade de saúde, sob gestão estadual, utilizando-se o método da pesquisa-ação, que permitiu a intervenção e análise do processo de implementação desta política e que foi discutida sob a perspectiva da Gestão Social.

Palavras-chave: Gestão Social. A Política Nacional de Humanização. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The public health policy in Brazil is configured as important government action that can contribute to economic growth and regional development, since one cannot deny the importance of individual and collective health of citizens and workers in these processes. This research aimed to identify and discuss the National Policy of Humanization in the perspective of Social Management. This policy, prepared by the Ministry of Health, is a strategic tool for the possibilities of changes in management processes and care through methods of inclusion and appreciation of the worker. Seeks to promote the grupalidades and collective construction with the participation of workers in planning and decision processes. For achieving this goal, we used the information obtained in a quantitative-descriptive field research, social, in health care, where we used the questionnaires application technique investigating about the processes of humanization in health facilities in 2011. Initially we used theoretical framework that addresses concepts of the National Humanization Policy, Social Management, the National Health System and Citizen Participation. The questionnaire was applied to 19 health units, under state management, encompassing fifteen municipalities of Tocantins, reaching a total of 19 valid questionnaires. This research has led to a process of institutional support in an attempt to implement the National Policy of Humanization in a healthcare facility under state management, using the method of action research, which allowed the intervention and analysis process implementation of this policy, which was discussed from the perspective of Social Management.

Keywords: Social Management. The National Humanization Policy. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 - Percentual de US sob Gestão Estadual com Equipes Desenvolvendo Trabalhos de Humanização.....	128
Gráfico 02 - Percentual de Setores Formalizados nas US sob Gestão Estadual.....	128
Gráfico 03 - Percentual de Setores de Humanização Instituídos nas US sob Gestão Estadual.....	129
Gráfico 04 - Percentual de Equipes Atuando Exclusivamente nas Ações de Humanização sob Gestão Estadual.....	129
Gráfico 05 - Percentual dos Diferentes Grupos de Humanização Trabalhando nas US sob Gestão Estadual.....	130
Gráfico 06 - Ações de Humanização que estão sendo Realizadas nas US sob Gestão Estadual.....	130
Gráfico 07 - Percentual de US sob Gestão Estadual que Afirmam ter Conhecimento sobre as Cartilhas e Materiais da PNH do MS.....	131
Gráfico 08 - Percentual de US sob Gestão Estadual que Dispõe de Equipamentos de Comunicação e Informação.....	131
Gráfico 09 - Percentual das Principais Dificuldades na US sob Gestão Estadual para Realizações de Ações Conforme Diretrizes e Dispositivos da PNH.....	132
Gráfico 10 - Percentual de Dificuldades Apontadas pelas US em Relação ao Apoio Técnico Prestado pela Gestão Estadual de Humanização em Saúde.....	132
Gráfico 11 - Percentual de Setores da US sob Gestão Estadual Envolvidos com as Atividades da PNH.....	133
Gráfico 12 - Média dos Critérios de Análise da Cidadania Deliberativa.....	89
Gráfico 13 - Categorias dos Critérios de Cidadania Deliberativa.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Dimensões da administração e gestão pública.....	42
Quadro 02 – Pontos centrais da agenda pública.....	43
Quadro 03 – Variáveis observadas na comparação dos modelos.....	45
Quadro 04 – Cidadania deliberativa – critérios de análise.....	55
Quadro 05 – Unidades de saúde sob gestão estadual.....	66
Quadro 06 – Síntese dos encontros na unidade de saúde registrados.....	72
Quadro 07 – Pesquisa-ação – métodos e técnicas utilizados neste estudo.....	80
Quadro 08 – Resultado do processo de implementação da PNH 2011-2015.....	82
Quadro 09 – Critérios de análise da cidadania deliberativa sintetizado.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS

CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CCTIS - Coordenação de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS – Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde
EP - Educação Permanente
ETSUS - Escola Técnica de Saúde do Tocantins
GABSEC - Gabinete do Secretário
GM - Gabinete Ministerial
GTH - Grupo de Trabalho de Humanização
GTHA – Grupo de Trabalho de Humanização Ampliado
HDT - Hospital de Doenças Tropicais
HGP - Hospital Geral de Palmas
HRA - Hospital de Referência de Araguaína
HRAU - Hospital de Referência de Augustinópolis
HRDR - Hospital de Referência Dona Regina
HRGA - Hospital de Referência de Guaraí
HRGU - Hospital de Referência de Gurupi
HRM - Hospital de Referência de Miracema
HRPA - Hospital de Referência de Paraíso
HRPAF - Hospital de Referência de Pedro Afonso
HRPN - Hospital de Referência de Porto Nacional
LOS - Leis Orgânicas da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NOB - Norma Operacional Básica
OS - Organizações Sociais

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

US - Unidades de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SEUS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	19
1.1 O Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde.....	19
1.2 A Gestão do Trabalho e da Humanização na Saúde Pública.....	21
2. SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	24
2.1 A Política Nacional de Humanização (PNH) e suas proposições.....	28
2.1.1 Princípios, métodos, diretrizes e dispositivos da PNH.....	31
2.1.2 O Grupo de Trabalho de Humanização como espaço de construção social.....	33
2.1.3 A participação social e a proposta da cogestão na PNH.....	35
3. GESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	41
4. METODOLOGIA.....	58
4.1 Método.....	58
4.2 Fontes de coletas de dados.....	63
4.3 Objeto da pesquisa.....	65
5 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNH E A FORMAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO	69
5.1 Resultados da segunda fase da pesquisa.....	75
5.2 Plano de intervenção e ação e o apoio institucional.....	79
5.3 Resultados alcançados.....	82
6. ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNH NA PERSPECTIVA DA GESTÃO SOCIAL.....	86
7. CONSIDERAÇÕES FINAS.....	100
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICES.....	114
ANEXOS.....	159

INTRODUÇÃO

O Brasil, em pouco mais de 500 anos, tem sido palco de extremas desigualdades e injustiças em sua estrutura econômica e social, resultante dos modos de produção e reprodução social e dos modos de desenvolvimento econômico que, segundo Furtado (1974, p.75), tem sido focado nos investimentos, nas exportações e no crescimento em detrimento das necessidades básicas fundamentais [do indivíduo] e das coletividades. De acordo com Oliveira (2002, p.38)

O desenvolvimento, em qualquer concepção, deve resultar do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida [...] e dos indicadores de bem-estar econômico e social (pobreza, desemprego, desigualdade, condições de saúde, alimentação, educação e moradia).

É incompatível afirmar que pode haver crescimento econômico e desenvolvimento se não houver saúde, entendida aqui, em seu sentido amplo, de garantia de educação, moradia, lazer, remuneração digna, alimentação, saneamento básico, entre outros. Desde o início da década de 1990 o desenvolvimento humano vem se destacando nos debates, e faz-se necessário ter uma visão mais ampla sobre desenvolvimento, conforme enfatiza Sen (2010, p. 28)

Uma concepção adequada de desenvolvimento deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e outras variáveis relacionadas à renda. Sem desconsiderar a importância do crescimento econômico, precisamos enxergar muito além dele.

Em relação à qualidade de vida laboral, fatores como a desvalorização do trabalhador, a precarização das relações de trabalho, a não participação nos processos de gestão e a má qualidade dos serviços públicos de saúde são questões sociais que exigem novas políticas e programas. Entendendo que políticas públicas surgem de questões sociais que, quando percebidas por determinados grupos da sociedade podem entrar para a agenda governamental, de acordo com Castel *et al.* (2004).

A trajetória da saúde pública no Brasil, ganha nova configuração com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que aponta para uma concepção de saúde que não tem como foco apenas a redução de doenças, mas uma vida com qualidade em todos os aspectos.

A saúde pública no Brasil há décadas tem enfrentado diversos desafios para que se torne de fato eficaz. Em 2003 novas secretarias e departamentos foram criados pelo

Ministério da Saúde, e importantes políticas públicas e programas foram elaborados e aprovados para “atender as demandas” da população que utiliza o Sistema Único de Saúde e de seus trabalhadores, entre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) com novas propostas de mudanças nos modelos de gestão e de cuidado em saúde.

Esta política tem a perspectiva de quebrar paradigmas e aderir a uma nova ideologia, focando a participação social, com a criação de espaços democráticos, e de exercício transdisciplinar, inovações nas reflexões e nas práticas de cuidado, emergência de sujeitos comprometidos e corresponsáveis com a saúde, valorizando ações coletivas, colaborativas e propondo mudança nas relações de poder, tendo como objetivo final a melhoria dos serviços públicos de saúde.

Estas propostas da PNH resultaram em movimentos políticos na saúde pública em diversos Estados brasileiros, na forma de grupos de trabalho e colegiados gestores, na tentativa de possibilidade de profundas mudanças nas relações de trabalho, nos processos produtivos, na gestão do Estado e na implementação da própria política, aprimorando as práticas de saúde, e se tornando um modelo contra hegemônico, o qual foca a democracia, a emancipação e a autonomia dos diferentes sujeitos e coletivos.

Levando em consideração essas discussões, o objetivo geral deste trabalho tem por finalidade identificar e discutir a Política Nacional de Humanização em uma unidade de saúde pública no Tocantins, sob gestão estadual. Os objetivos específicos baseiam-se em: a) Descrever o processo de implementação da Política Nacional de Humanização com foco na participação social; b) Apontar os elementos facilitadores e dificultadores durante o processo de implementação e os resultados alcançados; c) Analisar as propostas desta política e seu processo de implementação sob as perspectivas da Gestão Social.

Este trabalho faz parte de um estudo anterior, realizado em 19 unidades de saúde (US) de média e alta-complexidade, sob gestão estadual, localizadas em 15 municípios do Estado do Tocantins (RETTEMANN, 2011)¹.

Esta primeira fase da pesquisa sobre a operacionalização da Política Nacional de Humanização gerou informações que deram origem ao Plano de Intervenção e de Ação de

¹ A pesquisa teve início em janeiro de 2011, sendo realizado pela autora, depois da formação como Apoiadora Institucional da Política Nacional de Humanização em 2010, e como técnica da Gerência de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. A pesquisa intitulada “Diagnóstico situacional e levantamento de demandas nas unidades de saúde sob gestão estadual referente à Política Nacional de Humanização – PNH”, foi apresentada no quarto encontro do Fórum-Perinatal do Tocantins, realizado por esta secretaria. As pesquisas realizadas pelos servidores públicos, são autorizadas pelo Estatuto do Servidor Público do Estado do Tocantins, conforme Lei 1.818, de 23 de agosto de 2007, e regulamentadas pelo conselho Nacional de Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente.

implementação da PNH e a formação do Grupo de Trabalho de Humanização em uma unidade de saúde pública do Tocantins, que foi o objeto do estudo de caso, discutido com maior intensidade neste trabalho.

Visando desenvolver esta discussão a pergunta norteadora da pesquisa é: A implementação da Política Nacional de Humanização, nesta unidade de saúde, se aproxima da proposta da Gestão Social?

Este trabalho se torna importante, no sentido de que não existem estudos publicados que analisem a implementação desta política na perspectiva da Gestão Social, tornando-se então, inédito neste sentido. Outro papel relevante deste estudo é sua contribuição na produção de conhecimento, pois atende às demandas da Agenda Tocantinense de Pesquisas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, conforme orientação da Coordenação de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU) e do Ministério da Saúde.

Esta pesquisa também tem a intenção de gerar informações importantes para a SESAU, com a possibilidade de aprimorar as tecnologias e metodologias de continuidade de implementação e capilarização desta política no Estado, podendo subsidiar estudos posteriores que foquem este tema, além de possibilitar avanços no Campo da Gestão Social, em relação à implantação e implementação de políticas públicas.

Além desta introdução, este trabalho é composto por um referencial teórico que aborda a saúde pública no Brasil e seus elementos constitutivos, o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde, com suas leis, normas, secretarias e departamentos responsáveis pela PNH, no intuito de fornecer bases para melhor situar o leitor em torno do tema aqui discutido, demonstrando ainda todo o processo de implementação e análise da PNH sob a perspectiva da Gestão Social.

A segunda parte do referencial aborda questões relacionadas ao desenvolvimento, políticas públicas, participação social, e a Política Nacional de Humanização com suas orientações, estrutura, diretrizes e dispositivos, além de algumas conceituações na perspectiva desta política e a proposta da cogestão. A terceira parte aborda a Gestão Social, sua conceituação, seus princípios e características, com ênfase na democracia deliberativa.

No capítulo seguinte, são descritos os métodos que foram utilizados no desenvolvimento deste estudo, tendo-se como principal método a pesquisa-ação, que permite uma intervenção, buscando implementar a Política Nacional de Humanização, possibilitando também a utilização de outros métodos de pesquisa.

Na última parte deste trabalho são apresentados os resultados da pesquisa, a análise da implementação da PNH sob a perspectiva da Gestão Social, e as considerações finais.

1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SEUS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

1.1 O Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde

De acordo com o site do Ministério da Saúde (MS), tal órgão foi instituído em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920. Com a Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, passa a ser responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde. É função do Ministério dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, proporcionando qualidade de vida ao brasileiro. (BRASIL, 2014).

Ao Ministério da Saúde impõe-se o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e prover condições para que esse direito esteja ao alcance da população, independente da condição social de cada um.

Em 1988 a Constituição Federal (BRASIL, 1988) determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população, e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Para viabilização desse sistema foram elaboradas leis e normas que determinam a sua implantação e implementação.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde, que fornecem as diretrizes para o funcionamento do SUS, e subsequentemente, foram criadas e aprovadas as Normas Operacionais Básicas (NOB).

A Constituição Federal (1988), em seu Artigo 196 dispõe que: “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”. Se referindo ao Sistema Único de Saúde, o Artigo 198 da CF explica que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Entendendo o SUS como um sistema complexo e de abrangência nacional foi necessária a criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas (NOB's) para o início de viabilização de sua proposta.

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90 (BRASIL, 1990), regula em todo o território nacional o conjunto de ações e serviços de saúde pública, nas três esferas de governo, constituindo o SUS. De acordo com esta lei, o SUS obedece aos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade.

No texto desta lei, a integralidade da assistência é entendida como o 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. Enquanto que a equidade da assistência à saúde rege que os profissionais devem atender desigualmente os desiguais, ou seja, atender de acordo com as necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 1990).

O Art. 12 da LOS, nº 8080/90 (BRASIL, 1990), estabelece também a criação de comissões intersetoriais com o objetivo de articular políticas e programas de saúde, inclusive na área de recursos humanos e ciência e tecnologia.

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a), dispõe sobre o controle social, e estabelece que cada esfera de governo contará com as conferências e conselhos de saúde. As conferências de saúde acontecem a cada quatro anos, com representantes de vários segmentos sociais, para propor diretrizes, formular políticas e avaliar a situação de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, nas três esferas de governo. O conselho atua na formulação de estratégias e controle das políticas de saúde, inclusive nos aspectos financeiros (BRASIL, 1990a).

As Normas Operacionais Básicas se voltam para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalização e aperfeiçoamento da gestão do SUS, definindo os papéis de cada esfera de governo.

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/91 tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90. São estabelecidas nesta norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos (BRASIL, 1991).

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/93 descreve como deve ser o processo de descentralização, colocando o município como gestor, cria as formas de gestão e define os requisitos, responsabilidades e prerrogativas para serem cumpridas na habilitação em alguma forma de gestão (BRASIL, 1993).

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96 cria as instâncias de articulação entre os gestores, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como fóruns de implantação, operacionalização e negociação do SUS.

Esta norma redefine o papel dos gestores estadual e federal, estabelece as relações entre os sistemas municipais de saúde e sobre as condições de gestão de Estados e Municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal). Regulamenta ainda, as bases para implantação de um novo modelo de atenção à saúde, define a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS e de alocação dos recursos, define sobre responsabilidades e fontes de financiamento do SUS e suas modalidades e propõe a prática de acompanhamento, controle e avaliação do SUS (BRASIL, 1996).

1.2 A Gestão do Trabalho e da Humanização em Saúde Pública

Em conformidade com o site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a política do governo federal valoriza a importância de uma gestão competente de recursos humanos, em todas as suas dimensões. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, marcou essa valorização na área da saúde.

A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. Esta secretaria se divide em três departamentos: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS); Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES); e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde reconhece o trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente, resgatando a efetividade e eficiência no Sistema Único de Saúde, com a responsabilidade de viabilizar a Política Nacional de Humanização junto às secretarias estaduais de saúde, e estas em parceria com as secretarias municipais.

A Gestão do Trabalho em Saúde, conforme descrito no site do MS (BRASIL, 2014), trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficácia do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nesta abordagem do Ministério, o trabalho é visto como um processo de trocas, de intercâmbio, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

A Gestão do Trabalho do MS propõe ações e instrumentos de valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (BRASIL, 2014).

As secretarias estaduais de saúde (SES) têm por finalidade, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96, viabilizar as políticas, planos e programas integrados com outros níveis de governo. O papel das secretarias estaduais tem quatro focos principais, sendo o primeiro a própria gestão do SUS, o incentivo aos municípios para que assumam a gestão da atenção à saúde, na perspectiva da atenção integral, ou assumir este papel caso os municípios não o façam, e o quarto e mais importante papel do Estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual (BRASIL, 1996).

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolve responsabilidades nas três esferas de governo. Além disso, segundo a NOB 01/96, estas secretarias também são responsáveis pela elaboração do Plano Estadual de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais (BRASIL, 1996).

No Tocantins, a Secretaria de Estado da Saúde, em relação a PNH, organizou-se em algumas áreas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, apresentando a seguinte estrutura hierárquica: Superintendência de Gestão Administrativa e de Desenvolvimento de Recursos Humanos; Diretoria de Gestão Administrativa; Diretoria de Gestão e Regulação do Trabalho e Gerência de Humanização (BRASIL, 2014).

A SESAU é a gestora das Unidades de Saúde e de acordo com o site desta secretaria, esta instituição tem a missão de “viabilizar, desenvolver e garantir o cumprimento das políticas de saúde, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2014).

Observando as orientações do Ministério da Saúde, a Gerência de Humanização da SESAU é responsável pela viabilização da Política Nacional de Humanização em todo o Estado do Tocantins, elaborando o Plano Estadual de Humanização que deve conter ações, estratégias e prioridades para implantação, implementação e fortalecimento dessa política, atendendo as demandas das unidades de saúde, sob gestão estadual e municipal (BRASIL, 2014).

Em síntese, o arcabouço jurídico do SUS que descreve sua funcionalidade, tem como base:

- A constituição Federal de 1988;
- As Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90);
- As Normas Operacionais Básicas aqui descritas (91, 93, e 96);
- As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS);
- Portaria nº 399 (Pacto pela Saúde).

Os órgãos do poder executivo se organizam, nas três esferas de governo, com o intuito de atender o que está previsto no sistema normativo, tendo as secretarias como instâncias fundamentais na busca de efetividade das políticas de saúde, devendo promover a participação social, com envolvimento da comunidade e dos trabalhadores do SUS.

Para uma melhor compreensão deste estudo, antes de entrar na discussão da PNH, e de suas diretrizes e dispositivos, no próximo capítulo, faz-se uma breve abordagem sobre questões sociais, abrangendo alguns problemas da saúde pública, e sua entrada na agenda governamental, políticas públicas e sua influência no desenvolvimento, principalmente nas dimensões política e social.

Considera-se também que o surgimento da PNH se deu através de demandas sociais, e que o Ministério da Saúde prevê a participação cidadã, como aspecto fundamental nos processos de discussão, decisão e planejamento das ações de saúde.

2 SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As diferentes conjunturas históricas e a heterogeneidade do mercado de trabalho têm desafiado a Sociologia e outras áreas correlatas a buscarem explicações para as diversas relações que se dão nas diferentes estratificações sociais dentro de organizações e de campos organizacionais que produzem bens e serviços. Entendendo-se, em tal análise, campos organizacionais como um conjunto de organizações com vida institucional reconhecida, podendo envolver parceiros, concorrentes, cadeias produtivas verticais ou horizontais, de acordo com Dimaggio e Powell (2005), e que realizem atividades semelhantes.

A saúde pública pode ser considerada um campo organizacional, pois as unidades de saúde prestam serviços dentro de um sistema único, onde realizam atividades e ações de saúde semelhantes, porém em diferentes níveis de cuidado, com vida institucional reconhecida, envolvendo diversas organizações em sua cadeia produtiva.

Dentro das organizações, atores racionais criam ambientes desfavoráveis para o desenvolvimento de suas habilidades dificultando as mudanças, na visão de Dimaggio e Powell (2005). Para eles, a mudança individual, quando agregada, aumenta a homogeneidade do campo, pois os que aprovam as inovações acabam no curso de aplicação de tais novidades evolutivas, tendo o desejo de melhorar seu desempenho, e dessa forma, afetam de forma positiva os resultados da organização. Segundo estes autores, os campos organizacionais estruturados fazem com que os esforços dos indivíduos, ao lidar com incertezas e restrições, levem de maneira conjunta, à uma mudança na estrutura, cultura e resultados tornando as organizações mais homogêneas.

Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde tendem a racionalizar suas atividades, visualizando o fim em detrimento do meio, realizando suas atividades de forma instrumental, mecanicista e individualista.

Os processos de reestruturação macroeconômica e microorganizacional tiveram efeitos importantes no mercado de trabalho, principalmente no que se refere às relações sociais nos locais de trabalho. No início da década de 1990, ter trabalho e mantê-lo estava no centro da agenda de debates e da motivação individual, evoluindo no decorrer dos anos para uma visão mais humanística, buscando a qualidade de vida no trabalho, com maior valorização deste, não apenas como modo de vida e de sobrevivência, mas como realização e fator de satisfação.

A sociologia do trabalho começa a analisar as condições da organização, o trabalho no cotidiano das pessoas e as formas de ação coletiva, não apenas dentro de uma visão

economicista, mas considerando as questões sociais e políticas que o envolvem. Para Hirsch, Michaels e Friedman (2003) as políticas econômicas baseadas em pressuposições simplistas podem levar a disfunções.

Para estes autores, um cientista social precisa reduzir seus estudos aos indivíduos para explicarem as relações entre eles, entre as classes, estados e outras organizações, sendo que o interesse por problemas substantivos e metodológicos tem aumentando tanto por parte dos Economistas, dos Sociólogos e de outros estudiosos e profissionais.

A Microeconomia tornou-se um paradigma multidisciplinar e a economia contemporânea valoriza a simplicidade nos modelos previsíveis ao considerar que a análise do nível individual é fundamental e dos quais se desenvolvem os níveis macro, enquanto a sociologia desconsidera a previsão, privilegiando a descrição e a explicação, valorizando muito a sensibilidade e percepção dos agentes, segundo Hirsch, Michaels e Friedman (2003), numa visão mais substancial do que funcionalista, valorizando o meio e os agentes envolvidos, e não apenas o fim do processo produtivo e seus resultados.

De acordo com estes autores, a sociologia tem um foco bem divergente e abrangente em relação as variadas dimensões da vida social, em contraste com os velhos conceitos econômicos, que tem abordagem única ou disciplinar em relação aos problemas, e uma visão extremamente econômica.

Para Hirsch, Michaels e Friedman (2003), a diferença está na visão acerca da natureza humana, o *homo economicus*, racional, instrumental, auto-centrado e o foco na individualidade em contraste ao *homo sociologicus*, onde se consideram os valores, atitudes e comportamentos em constante transformação, com foco na coletividade.

Pode-se aqui então considerar a importância da grupalidade, com a participação dos indivíduos no planejamento e decisões organizacionais, tanto em políticas públicas, como em empresas privadas, enquanto ser social, que pode perceber o mundo em diferentes olhares e possibilitar a (re) construção do mesmo, como agente de transformação para o desenvolvimento. Segundo Pereira (2011, p. 37),

O termo desenvolvimento, nos últimos cinquenta anos, alcançou no campo dos estudos sociais, políticos e econômicos uma singularidade histórica, sendo imensamente discutido no campo acadêmico, por meio da associação com esferas local, regional, industrial, sustentável, setorial e territorial. Independente da conjugação que se faça do estudo sobre desenvolvimento e uma dessas esferas verifica-se que muitas das discussões são permeadas pelo debate de políticas públicas, uma vez que estas se caracterizam como um dos principais instrumentos ou estratégias responsáveis pelo desenvolvimento.

Uma política pública é uma resposta e uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, na tentativa de “tratamento ou resolução de um problema considerado relevante para a coletividade” (SECCHI, 2013, p. 2). Para o autor, “Um problema é a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível. Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2013, p. 44).

O envolvimento dos cidadãos, e destes enquanto trabalhadores, nos processos de planejamento e implementação de políticas públicas, facilitando o controle social, é de fundamental importância para o desenvolvimento local (DL), entendido aqui, na dimensão social, econômica, política e ambiental de um território, que promova a melhoria da qualidade de vida, segundo Martinelli e Joyal (2004). Para estes autores, cada local possui características próprias e atores específicos com capacidade de potencializar recursos e melhorar as condições sociais, mudando a realidade local.

O desenvolvimento local não está atrelado exclusivamente com crescimento econômico, mas também com a qualidade de vida das pessoas, sendo que há uma interdependência com os fatores sociais, ambientais e políticos, conforme afirmam Caiden e Caravantes (2004). Para Milani (2005) o DL implica uma transformação consciente da realidade, que segundo Buarque (2004), envolve diferentes atores da sociedade civil, instituições privadas e públicas e organizações não governamentais.

Neste estudo, as dimensões social e política recebem maior ênfase, em decorrência do debate da participação cidadã, que fortalece e valoriza a história e a cultura local, favorece a integração social e a construção coletiva, envolvendo diferentes sujeitos e coletivos, em propostas que promovam o desenvolvimento local, através de mudanças sociais e políticas e na relação Estado-sociedade conforme enfatizam Zapata *et al.*, (2001) e Gallicchio (2002).

As questões sociais vêm adquirindo novas formas em decorrência das mudanças que estão acontecendo entre capital e trabalho, processos produtivos, na gestão do Estado, na questão da exclusão, entre outros. Os problemas se tornam em questões sociais quando são percebidos e assumidos por algum segmento social que tenta torná-los públicos ou transformá-los em demanda política (CASTEL; WANDERLEY, 2004, p. 59).

Dentre as questões sociais que entraram para a agenda governamental, na área da saúde pública, estão a desvalorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, a assimetria nas relações de poder, a má aplicação dos recursos, a falta de qualidade nos serviços prestados, que são exemplos de problemas enfrentados pelos que prestam a assistência e pelos que são assistidos pelo SUS (BRASIL, 2010a). Os

problemas detectados na saúde pública levaram à formulação de políticas públicas para enfrentar tais questões, dentre elas, a Política Nacional de Humanização.

Na trajetória de implantação do SUS de acordo com as diretrizes das Leis Orgânicas da Saúde e das Normas Operacionais Básicas, e outras leis e portarias, em mais de duas décadas de construção, houve muitos avanços. Apesar disso, num país com extremas desigualdades sociais e econômicas, persistem grandes desafios e surgem novas demandas que podem se transformar em políticas públicas.

O ciclo de uma política pública (*policy cycle*) de acordo com Secchi (2013), segue algumas fases que são sequenciais e interdependentes: “1) identificação do problema, 2) formação da agenda, 3) formulação de alternativas, 4) tomada de decisão, 5) implementação, 6) avaliação, 7) extinção” (SECCHI, 2013, p. 43).

Os problemas de saúde pública no Brasil vêm sendo identificados pela população e trabalhadores do SUS e entram para a agenda governamental através das discussões, proposições e decisões tomadas nos conselhos e conferências municipais, estaduais e federais de saúde, e podem resultar na elaboração de alguns programas e políticas públicas.

A elaboração de uma política “[...] constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p.26).

Diante das questões sociais que entraram para a agenda, em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, em seus 50 anos de existência, criou várias secretarias e departamentos, dentre eles, a SGTES e DEGERTS. Neste mesmo ano, o MS elaborou, apresentou e aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), diversas políticas e programas no sentido de minimizar e tentar resolver as inúmeras questões sociais de saúde pública percebidas pela população e pelos trabalhadores.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi aprovada, dentro deste contexto, e tem por finalidade possibilitar a mudança nos modelos de gestão e atenção à saúde², atendendo alguns requisitos das Leis Orgânicas da Saúde e das Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 2010a).

² Atenção em saúde diz respeito às ações e cuidados dispensados aos usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo atendimentos e procedimentos realizados (BRASIL, 2010a).

2.1 A Política Nacional de Humanização e suas proposições

A PNH foi constituída para possibilitar a garantia de direitos e envolve inovações e reflexões na prática e na gestão em saúde, potencializando os movimentos de transformação do instituído visando a concretização e descentralização do SUS, buscando incluir os diferentes sujeitos na discussão do comum - a saúde - visando à interação das equipes de trabalho, democratizando o saber, propiciando a transversalidade e a transdisciplinaridade (BRASIL, 2010a).

Esta política propõe experimentar novas formas de (re) organização dos serviços, novos modos de produção e relações de poder. Esta proposta está alicerçada na indissociabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode, de modo algum, ser percebida como um conjunto de tarefas tecnicistas separadas das práticas de cuidado (BRASIL, 2010a).

Entendendo dessa forma, a PNH se apresenta como articuladora dos diferentes sujeitos, coletivos e redes envolvidos nos processos de produção de saúde, mediante a mobilização dos trabalhadores, percebendo e compreendendo o que acontece a sua volta, podendo intervir de maneira significativa para a transformação das realidades, ao mesmo tempo em que estes remodelam-se a si mesmos (BRASIL, 2010b).

Para que ocorra a descentralização e fortalecimento da humanização em saúde, é imperativo que existam nas unidades de saúde trabalhadores apropriados sobre a PNH, sendo multiplicadores e interventores produzindo saúde norteados pelas diretrizes e dispositivos dessa política.

A PNH compreende que formar não se reduz a transmitir informações e conhecimentos, mas que o trabalhador deve ser persuadido a ocupar o lugar de sujeito, e não de assujeitado, sendo protagonista, aprender-fazendo e fazer-aprendendo, uma vez que os processos de formação se constituem em campo de problematização das práticas em saúde e em espaço de compartilhamento de experiências, numa relação de solidariedade e cumplicidade (BRASIL, 2010b).

A política de humanização vem emergir as discussões com propostas de transformação das práticas profissionais, baseada na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde. A política permite espaço de discussão horizontalizada, intersetorial e multiprofissional de diferentes níveis sociais e hierárquicos, propondo a integração entre sociedade, gestores e trabalhadores de saúde, aumentando a corresponsabilização dos mesmos (BRASIL, 2010a).

Na revisão de literatura, realizada nas principais bases de dados e bibliotecas eletrônicas de armazenamento de produções científicas (Scielo, Lilacs, Bireme, entre outros), e considerando as publicações a partir de 2010, foram encontrados inúmeros estudos em relação à Política Nacional de Humanização em Saúde.

Na busca por produções científicas em relação à humanização, suas diretrizes e dispositivos, encontraram-se alguns estudos sobre: o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a clínica ampliada, o controle social, a classificação de risco, o parto humanizado, a formação, entre outros.

Na maioria dos trabalhos encontrados percebe-se uma tendência a pesquisas voltadas para a atenção básica/primária ou para Unidades de Terapia Intensiva, de forma disciplinar, estudando a humanização no contexto das especialidades (Saúde Mental ou do Idoso) ou programas (Saúde da Família) ou das atuações profissionais, dentre elas, a enfermagem, o médico, o fisioterapeuta, o cirurgião-dentista, o nutricionista, etc., com poucos estudos sobre humanização nas unidades de saúde de média e alta complexidade. Nenhum trabalho de avaliação ou análise da PNH a nível estadual, em média e alta-complexidade, foi encontrado.

Nos textos pesquisados, a política é abordada em diversos focos: o acolhimento e o processo de mudança no modelo de cuidado focado na medicalização social, que transforma as vivências em necessidades médicas e não num cuidado interdisciplinar (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010), o acolhimento e a questão ética e seus reflexos nos serviços de saúde (DE FARIAS BREHMER; POLI NETO; CAMPOS, 2010), o acolhimento, corresponsabilização e autonomia na saúde mental (JORGE, 2011), a qualidade da atenção e o acolhimento relacionados a satisfação dos usuários e a participação destes no controle social específicos para o programa saúde da família (MEDEIROS, 2010), ou ainda, estudos extremamente específicos, como por exemplo, sobre a gestão do processo de enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade (ALVES, 2011).

Na tentativa, ainda, de explorar textos para subsidiar este estudo, foram pesquisados trabalhos, de forma mais específica, que tivessem relação com o tema aqui discutido, ou que tivessem sido realizados em unidade de saúde de média e alta complexidade, que é o objeto de estudo desta pesquisa. Para refinar a busca, nos sites das bibliotecas científicas, utilizaram-se os seguintes títulos: “Implementação da Política Nacional de Humanização em Hospital Público”, “O Grupo de Trabalho de Humanização e a Implementação da Política Nacional de Humanização” e “Gestão Social e a Política Nacional de Humanização”, não sendo encontrados estudos sobre os temas pesquisados, como já citado anteriormente.

Diante do exposto, para explicar e conceituar as diretrizes e dispositivos da PNH, foram utilizados neste trabalho, os textos, artigos e cartilhas produzidos pelo Ministério da Saúde que servem de referência para as todas as unidades de saúde a nível nacional.

De acordo com Paes-de-Paula (2005, p. 11), “no Brasil, sob o pensamento neoliberal, o ensino e a pesquisa em administração pública não tem sido preocupação do mundo acadêmico [...]. Assim, publicações sobre gestão pública não são preocupação do mercado editorial”, já que o interesse maior se volta para o setor privado de produção, havendo poucos trabalhos publicados sobre políticas públicas.

Este estudo, portanto, busca demonstrar uma análise da tentativa de implementação da Política Nacional de Humanização, considerada uma política pública importante na área da saúde, devido à abrangência de suas diretrizes e dispositivos.

Uma das premissas fundamentais da PNH é a construção coletiva, dentro de uma visão holística ou sistêmica, incluindo os diferentes sujeitos e coletivos, promovendo grupalidades multiinterdisciplinares, com relações intersetoriais e interinstitucionais, portanto, quando a participação cidadã não é valorizada no processo de implementação da política e em outros processos de trabalho, respeitando a própria essência da política, esta perde o sentido de ser ou o propósito pela qual foi criada (BRASIL, 2010a).

A visão sistêmica, quando se trata de organizações e de desenvolvimento local, torna-se importante para a abordagem de redes, considerando-se o SUS uma rede de serviços públicos. As redes tornaram-se a representação dos processos sociais, a compreensão de suas relações e articulações a nível local.

As redes de serviços quando organizadas e integradas, podem propiciar a qualidade de vida no trabalho e dos serviços prestados, reduzindo os custos e melhorando a interação dos atores, resultando em maior eficiência e comprometimento dos mesmos, enfatizam Fonseca e O'Neill (2001).

2.1.1 Princípios, métodos, diretrizes e dispositivos da PNH

A política valoriza a dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão do sistema único, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional fomentando a grupalidade, construção de redes cooperativas e solidárias, comprometidas com a produção de saúde e com a produção

de sujeitos e coletivos e sua autonomia, protagonismo e corresponsabilização, o fortalecimento do controle social, com caráter participativo, e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010a).

Para a consolidação da rede de serviços do SUS é fundamental a existência de valores e objetivos compartilhados e a autonomia entre os agentes, buscando objetivos comuns. Cada unidade de saúde dos SUS e as organizações envolvidas em toda a cadeia produtiva podem formar uma rede. Essa rede pode ser visualizada como um conjunto de linhas entrelaçadas, formando “nós”, e essas intersecções promovem as vias de comunicação pelas quais circulam elementos vivos ou informações.

A utilização de rede para o desenvolvimento local é um desafio para fomentar a articulação entre os elementos do sistema e formação de liderança, ganhando sustentabilidade como ator político de desenvolvimento (THOMAS *et al.*, 2010).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Entende-se por princípio “o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas”, sendo eles, a transversalidade (aumento da comunicação intra e intergrupos), a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a, p. 23).

Por método entende-se o seu modo de conduzir um processo. O método de tríplex inclusão: a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) através de rodas de conversa, dos grupos de trabalho de humanização e dos conselhos cogestores (BRASIL, 2010a).

A inclusão dos analisadores sociais, ou seja, “análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises”, e por fim, a “inclusão do coletivo, dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal”, fomentando as redes, que podem ser a rede interna ou externa no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010a, p. 25).

As diretrizes orientam a PNH, expressando o método da inclusão, nos seguintes sentidos: “Clínica ampliada; Cogestão; Acolhimento, Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupalidades, coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo” (BRASIL, 2010a, p. 25).

Dispositivo é um arranjo de elementos que permite funcionar, catalisar ou potencializar um processo. Os dispositivos da PNH envolvem o coletivo e visam promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, e são eles:

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de 'porta aberta'; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipes Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos cogeridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010a, p. 26).

Devido à abrangência e complexidade das diretrizes e dispositivos da PNH, serão focados somente os tópicos de interesse, e que possam ser discutidos sob a perspectiva da Gestão Social. Das diretrizes e dispositivos, citados anteriormente, neste trabalho serão abordados: a cogestão, a valorização do trabalho e do trabalhador, e o Grupo de Trabalho de Humanização no processo de implementação da política. As demais diretrizes e dispositivos aparecem dentro de uma abordagem mais simples, pois fazem parte das discussões dos processos de trabalho pelo Grupo de Trabalho de Humanização.

Para dar seguimento a discussão sobre a PNH, neste momento, faz-se necessário abordar alguns conceitos básicos, fundamentados nos textos do MS, que são essenciais ao entendimento e compreensão das proposições deste movimento.

Um dos valores norteadores da PNH é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde. Contrário à heteronomia, a autonomia diz respeito a “todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo” (BRASIL, 2010a, p. 54).

O Apoio Institucional³ é um novo modo de gerenciar contradizendo os modelos tradicionais. Tem por objetivo fomentar e acompanhar os processos de mudança em grupos ou na organização através da análise institucional e da gestão, sendo sua diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos.

Os colegiados gestores “garantem o compartilhamento do poder, da coanálise, a codecisão e a coavaliação”, em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva. Neste espaço deliberativo as propostas devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Pode ser formado por todos os membros de uma unidade de saúde ou por seus representantes (BRASIL, 2010a, p. 56).

³ O Apoiador Institucional tem a função de estimular a criação de espaços coletivos, reconhecer as relações de poder, mediar a construção coletiva e as pactuações, ampliando a capacidade de reflexão, análise de coletivos, qualificando sua própria intervenção e a capacidade de produzir mais e melhor com os outros (BRASIL, 2010a, p. 53).

O controle social (participação cidadã) possibilita a participação da população na formulação de projetos e planos, prioridades, fiscalização e avaliação das ações e serviços nos diferentes níveis de governo, sendo previsto nas diretrizes do Artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2010a).

A gestão participativa inclui novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão, ampliando os espaços públicos e coletivos de diálogo e de pactuações de diferenças, sendo possível compartilhar conhecimentos, levando em consideração as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a).

A grupalidade diz respeito a um coletivo múltiplo (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010a, p. 61).

2.1.2 O Grupo de Trabalho de Humanização como espaço de construção social

O Ministério da Saúde decidiu priorizar a qualidade nos serviços e a participação dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. “O Grupo de Trabalho de Humanização é um encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam” (BRASIL, 2004).

O GTH é um espaço coletivo, organizado e democrático, constituído por lideranças representativas do coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, tendo como atribuições: difundir a PNH, pesquisar sobre o funcionamento de serviços e redes, promover o trabalho em equipe, estimular a grupalidade, propor uma agenda de mudanças, incentivar a democratização da gestão dos serviços, divulgar, fortalecer e articular iniciativas humanizadoras, melhorar a intersetorialidade e a comunicação, integrando diversos serviços (BRASIL, 2010a).

Segundo o que preconiza a política de humanização todos podem participar desse grupo, desde profissionais até os usuários do sistema, que tenham interesse na construção de propostas que melhorem o cuidado, as interações das equipes e a democratização. O Grupo de Trabalho de Humanização incentiva a reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, onde todos têm o direito de dizer o que pensam, de criticar e de propor mudanças no funcionamento dos serviços e nos modos de gestão e buscar, por meio da análise e da negociação, as

melhorias desejadas. Diferentes visões ajudam a ampliar a percepção, sendo um esforço de cogestão para que as mudanças ocorram (BRASIL, 2004).

Cançado *et al.* (2013, p. 161) entendem que o diálogo em sentido amplo diz respeito a dialogicidade, onde “todos falam, ouvem e consideram o que os outros dizem”, sendo a capacidade de comunicação e de entendimento entre as pessoas. A intersubjetividade tem papel importante nesse processo, pois “é a capacidade dos indivíduos de entender a subjetividade do outro por meio da comunicação entre eles” não apenas se referindo a linguagem, mas ao contexto onde se dá a comunicação e a capacidade de perceber o “não dito”.

As discussões, negociações e a comunicação na tentativa de resolução de conflitos, propiciam uma busca por resultados comuns e identificação das metas [ou objetivos] desejados, importante para o fortalecimento de redes e para a melhoria das relações entre os atores envolvidos (GUIMARÃES, 2009).

Os componentes do GTH podem ocupar diferentes funções alternadamente, no papel de coordenação, observação, articulação ou registro dos encontros. Quando necessário, podem-se constituir subgrupos para intervenções, apresentações ou divulgação dos trabalhos, outras pessoas podem ser convidadas quando surgirem assuntos específicos (BRASIL, 2004).

O GTH pode tornar-se em um espaço organizado de aprendizagem coletiva, sendo que Cançado e Rigo (2013) em relação a aprendizagem em comunidades de prática afirmam que

É muito claro para quem discute a abordagem socioprática da aprendizagem, na qual se insere a abordagem das Comunidades de Prática, que o processo de ensino-aprendizagem é bastante complexo e dificilmente pode ser ‘planejado’ no sentido objetivo do termo, mas pode ser executado dentro de premissas e princípios que o caracterizem como um processo ‘planejado’ com objetivos, processos orientados e diretrizes. Em suma, não se pode ‘construir’ Comunidades de Prática, mas pode-se viabilizar e incentivar sua existência.

O GTH pode se aproximar do conceito de comunidade de prática, pois presume uma abordagem social, ou seja, socioprática da aprendizagem. Para Schommer e França Filho (2006), comunidade de prática pode se referir a um grupo, em que os envolvidos, compartilham objetivos e desafios, interagem de forma regular, onde ocorre a aprendizagem através da troca de conhecimento e experiências, o desenvolvimento de habilidades para lidar com os desafios e para que os objetivos sejam atingidos, o que vai nivelando o conhecimento e diminuindo a assimetria de informações.

A partir de sua criação, o GTH pode ir tomando várias formas, os assuntos podem ganhar maior maturidade, transitando desde queixas e insatisfações, dando lugar a análise

institucional, ideias e projetos. Algumas pessoas podem se manter e outras podem sair, assim como novos sujeitos podem chegar, e o grupo mesmo vai se construindo a partir das entradas e saídas, e das constâncias, além disso a confiança possibilita que as pessoas falem de si mesmas, do trabalho e das relações de uma outra forma (BRASIL, 2004).

2.1.3 A participação social e a proposta da cogestão na PNH

Em conformidade com o Ministério da Saúde, considerando as LOS e NOB's, a descentralização da gestão é uma diretriz para o funcionamento do sistema público de saúde, transferindo responsabilidades para os Estados e Municípios, definindo atribuições comuns e competências específicas nas três esferas de governo.

A diversidade de necessidades locais exige políticas direcionadas, que atendam a população de maneira eficaz, valorizando a igualdade, um dos princípios do SUS, que tem por prerrogativa atender desigualmente os desiguais.

Nesse contexto, o papel de cada gestor, trabalhador e da sociedade em geral é fundamental no enfrentamento dos desafios e na consolidação do SUS, buscando a construção de uma sociedade mais justa e democrática. A qualificação da gestão melhora o rendimento da administração pública, facilitando a implementação de políticas e tendo impacto positivo na sociedade.

Gil (2006, p. 40) assegura que a centralização eleva os custos operacionais e a inflexibilidade, por isso as organizações têm adotado a descentralização, que transfere a responsabilidade e poder de decisão de uma central de comando para os departamentos.

Ceccim e Feuerwerker, (2004, p. 42) afirmam que “a forma como são gerenciados os processos de trabalho configuram um dos grandes ‘nós críticos’”, que dificultam a implementação de políticas que modifiquem o modelo tecnoassistencial em saúde pública, apresentando interesses divergentes daqueles dos cidadãos.

Apesar do SUS propor um sistema descentralizado, “a elaboração de políticas em saúde tem sido centralizada e centralizadora, o que tem sido motivos de lutas e movimentos” (MERHY; CECCIM; FEUERWERKER, 2006, p. 149, tradução nossa), sendo que a PNH surge no setor de saúde pública, na possibilidade de inversão dessa lógica.

A descentralização da própria política é um desafio para os gestores e trabalhadores, pois visa capilarizar a PNH, transferindo para as unidades de saúde, sob gestão estadual e

municipal, a responsabilidade de desenvolvimento de ações que correspondam as suas diretrizes e dispositivos e que contemplem o desenvolvimento em sua dimensão sociopolítica.

Para a implementação da PNH faz-se necessária a participação de todos os agentes envolvidos em práticas de saúde, requerendo não só dos gestores, que fazem parte do nível estratégico do setor público, mas também dos trabalhadores a propositura de ações para a transformação do cenário atual de forma articulada.

Atualmente, é visível a fragilidade do sistema público de saúde, com profissionais despreparados, atendimento deficiente, ações de saúde fragmentadas, e o usuário sendo visto em parte, e não holisticamente. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), “uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços, [...] as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão [...]”.

A PNH é uma ferramenta estratégica, que fornece as diretrizes de base para principiar as mudanças na forma de gestão e nas práticas de saúde requerendo processos de discussão e construção coletiva. Quando o cidadão se percebe como um agente participativo, construtivo, exercendo sua cidadania, ele aprende a fiscalizar e a exigir seus direitos como usuário e como trabalhador do sistema de saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam que o trabalho das equipes e das organizações de saúde serve de apoio aos usuários ampliando sua capacidade de se pensar em um contexto mais abrangente, e que isto poderia ser realizado durante as práticas de saúde, repensando modelos de atenção e gestão.

A Constituição Federal (1988), em seu artigo 198, define como uma das diretrizes do SUS a participação social, com a finalidade de democratizar a gestão da saúde.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42), “uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional, é a possibilidade de a população ter assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, garantindo o controle social”.

Para viabilizar o disposto no artigo 198, a LOS nº 8.142, orienta sobre a formação dos conselhos nos três níveis de governo. Os conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde permitem a participação dos cidadãos, dos trabalhadores do SUS e dos gestores de saúde, podendo participar do debate e dos processos decisórios sobre a formulação, execução e avaliação das políticas de saúde locais e nacionais.

Além dos conselhos, os gestores instituíram a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como espaços de negociação e discussão da política de saúde. No entanto, para o Ministério da Saúde, a participação social

não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços de saúde do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham, Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa (BRASIL, 2010c, p. 9).

Para o Ministério da Saúde, “a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nas práticas gerenciais e de atenção, (...) é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo (...)” (BRASIL, 2010c p. 10). O modelo que a PNH propõe

é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. [...] A implementação das diretrizes do SUS deve, ao mesmo tempo, garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento no empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social (BRASIL, 2010c, p. 12).

A cogestão diz respeito à inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão e alteração nas tarefas de gestão, mas requer vontade política e condições concretas. Para o MS, as organizações de saúde são realidades complexas, centralizadoras de poder, com comunicação pouco transversal, sustentada sobre linhas de força que apenas reforçam o que já está instituído (BRASIL, 2010c, p. 28).

A PNH preconiza a criação de alguns espaços e instrumentos coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores, entre eles, o “Colegiado Gestor da Unidade de Saúde, a Mesa de Negociação Permanente, os Contratos de Gestão, a Câmara Técnica e o Grupo de Trabalho de Humanização” (BRASIL, 2010c p. 33).

Neste trabalho foi discutida a implementação da PNH em uma unidade de saúde, sob gestão estadual no Tocantins, a formação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) desta unidade e o processo de tentativa de construção coletiva de ações de saúde, a partir de um Plano de Intervenção do Apoiador Institucional. O GTH já foi conceituado anteriormente, e não há, portanto, necessidade de conceituar aqui os demais espaços e instrumentos de gestão citados acima, pois não incluem-se no o foco deste estudo⁴.

⁴ Para maiores informações, consultar cartilha do Ministério da Saúde, sobre a PNH, na Biblioteca Virtual em Saúde, disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

Ainda, de acordo com o MS, a cogestão tem por tarefa analisar a instituição e produzir analisadores sociais,

sendo concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional, (...) sendo também um espaço de criação, tomada de decisão e um lugar pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos (BRASIL, 2010c p. 24).

O conhecimento sobre o SUS precisa permear a gestão setorial e as práticas de saúde, despertando nos indivíduos uma consciência crítica, capaz de aprender a aprender, e fazer diferente. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43):

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

As ações de saúde produzidas devem estar de acordo com as próprias demandas da área da saúde, e podem ser estruturadas a partir de metodologias pedagógicas, e baseadas não só nas necessidades individuais, mas na coletividade. É factível que o profissional que atua na área da saúde precisa de conhecimentos, habilidades, e principalmente atitudes, tendo consciência de que ele é um agente primordial na prestação de serviços que atendam as reais necessidades das pessoas, atendendo desigualmente os desiguais.

A consciência de que ele pode agir dentro de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar pode ser despertada dentro das unidades de saúde, mesmo que seja depois de sua formação, associando teoria e prática, o pensar e o executar. No momento em que o trabalhador é instigado a pensar, refletir, criticar, encontrar os problemas e propor soluções, ele está sendo orientado para ser um profissional capaz de perceber o mundo de forma diferente, sendo ele responsável por atuar e mudar a realidade sempre que necessário, sem precisar ser compelido para isso. De acordo, com Batista, *et al.* (2005, p. 232):

Identificam-se duas propostas na dimensão problematizadora do processo ensino-aprendizagem: a Pedagogia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A Problematização encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. No movimento ação-reflexão-ação são elaborados os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as

implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

Kanaane e Ortigoso (2001, p. 166) entendem que os espaços democráticos são importantes para o compartilhamento dos saberes e para as mudanças nos processos de trabalho, pois

A aprendizagem coletiva acontece quando há espaços na organização destinados à inovação, troca e transferência de conhecimentos, comportamentos e ações, com o objetivo de modificar sua cultura, tecnologia e processos, de tal maneira que seja reconhecida pelas pessoas que nelas atuam, assim como por aquelas que estão fora de seu ambiente (comunidade).

Batista (2005 p. 232) afirma que, Bordenave e Pereira, construindo um “modelo da Problematização”, consolidaram, com a proposição de Carlos Maguerez, o chamado “Método do Arco: observação da realidade, identificação dos problemas, teorização à hipóteses de solução, aplicação à realidade”. Este método de ensino tenta colocar o indivíduo como autor e ator da situação, possibilitando o desenvolvimento de um senso crítico, e capacidade de resolutividade dos problemas, podendo aprender com suas próprias experiências, e com as mudanças por ele realizadas.

As organizações de saúde pública precisam organizar-se de forma a criar espaços, como propostos na PNH, que facilitem a promoção do conhecimento, trocas de experiências, e aprendizado conjunto para que possam atuar de forma integrada, respeitando os princípios do SUS, atendendo de forma digna, comprometida e com competência àqueles que procuram seus serviços. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43)

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Para estes autores, existe uma necessidade de aproximação entre descentralização, integralização e a participação popular, fator crucial nas relações e no desenvolvimento da autonomia para que possam influenciar nas políticas de saúde.

O modelo inovador de gerenciar baseado na política de humanização visa à integração entre gestores, usuários, profissionais de saúde e sociedade, buscando a qualificação dos serviços de gestão e atenção, e a valorização do trabalho e dos trabalhadores para atender de forma eficiente e eficaz as demandas de saúde da população.

A proposta metodológica do Arco de Maguerez foi utilizada durante o processo de implementação da PNH, na Unidade de Saúde, sob gestão estadual no Tocantins, onde foi realizado este estudo e será descrito em detalhes posteriormente.

No capítulo seguinte, faz-se um diálogo entre diversos autores, onde serão abordadas algumas conceituações de Gestão Social, suas características e princípios, as dimensões da administração e da gestão pública, sendo que serão discutidos o gerencialismo e o modelo societal e algumas de suas premissas, com suas contribuições e deficiências.

O texto contempla também, um breve resumo, da evolução da agenda governamental brasileira. Esta parte teórica sobre Gestão Social é de fundamental importância neste trabalho, para subsidiar a análise que será realizada da PNH, e se o processo de implementação desta política se aproxima ou se distancia da Gestão Social, com possíveis contribuições para esta área.

3 GESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

O processo histórico da administração e da gestão pública brasileira é marcado fortemente na década de 90 pelo neoliberalismo econômico, enfatizando uma *new public management*, onde as técnicas e teorias organizacionais oriundas do ambiente empresarial foram empregadas nas organizações públicas em busca da eficiência. Tecnologias modernizadoras como a qualidade total, reengenharia e *benchmarking* permearam a administração e gestão pública no final do século XX, fazendo com que a cidadania, entendida como o conjunto da população pela qual o Estado deve zelar, fosse substituída pelo clientelismo (PAES-DE-PAULA, 2005).

Segundo Bresser-Pereira (1998) a nova administração pública se diferencia do modelo tecnoburocrático por seguir os princípios do gerencialismo nas três esferas de governo, enfatizando a profissionalização e práticas gestoras do setor privado.

Paes-de-Paula (2005a, p. 45) questiona esta afirmação de Bresser-Pereira e faz uma ressalva em relação à gestão societal quando diz

[...] ao imitar a administração do setor privado, a administração pública gerencial posterga a elaboração de idéias, modelos e práticas administrativas que atendam às especificidades do setor público e à demanda de participação popular. A vertente societal, por sua vez, embora esteja circundada por experiências que vão além das recomendações gerencialistas, como o Orçamento Participativo, e de várias iniciativas de gestão pública que incorporam questões culturais e de inclusão social, ainda não conseguiu consolidar alternativas para a gestão dos sistemas de *management (sic)*.

Tenório afirma que “ao substantivo ‘cidadão’ é acrescentado o substantivo ‘cliente’ – cidadão-cliente, configurando-se com isso, o uso e abuso, das terminologias da ‘mão invisível’ no que deveria ser visível, a gestão pública” (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 12).

Segundo Tenório, “a maioria das experiências brasileiras que se aproximam da vertente societal está restrita à administração pública municipal. Ainda são exceções processos decisórios descentralizados nos níveis estadual e federal” (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 13). Esta autora, se referindo aos modelos de administração e gestão pública afirma:

[...] não vejo na administração pública societal a solução para todos os problemas de interesse público. O que vejo é um potencial que pode ou não ser desenvolvido e que depende sobretudo das articulações entre Estado e sociedade, e do amadurecimento de arranjos institucionais que viabilizem a gestão pública democrática (Paes-de-Paula, 2005, p. 19).

É histórica a ênfase que se dá aos aspectos instrumentais, em detrimento dos aspectos sociopolíticos na administração e gestão pública. A autora enfatiza que existe “um descompasso entre as três dimensões que considera fundamental para a construção de uma gestão pública democrática” (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 21), tais dimensões estão descritas no Quadro 01.

Quadro 01 – Dimensões da administração e gestão pública

DIMENSÕES	ABORDAGENS
Econômico-financeira	Relaciona-se com os problemas no âmbito das finanças públicas e investimentos estatais, envolvendo questões de natureza fiscal, tributária e monetária.
Institucional-Administrativa	Abrange problemas de organização e articulação dos órgãos que compõem o aparato estatal, assim como as dificuldades de planejamento, direção e controle das ações estatais e a questão da profissionalização dos servidores para o desempenho de suas funções.
Sociopolítica	Compreende problemas situados no âmbito das relações entre Estado e sociedade, envolvendo os direitos dos cidadãos e sua participação na gestão pública.

Fonte: adaptado de Paes-de-Paula (2005).

O modelo gerencial é mais focado nas dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa, enquanto que a vertente societal privilegia a dimensão sociopolítica. Se referindo as características predominantes na Reforma Gerencial do Estado⁵ e ao modelo societal que busca formas de participação da sociedade na organização e administração estatal, Paes-de-Paula (2005, p. 23) salienta que

A vertente gerencial não foi bem-sucedida na abordagem da dimensão sociopolítica pois ao focalizar a nova administração pública como modelo de gestão, deixou a desejar no que se refere à democratização do Estado brasileiro. Questões que envolvem as relações entre Estado e a sociedade não foram suficientemente tratadas, permanecendo as características centralizadoras e autoritárias que marcaram a história político-administrativa do país. A vertente societal busca construir e implementar um projeto político capaz de subverter o padrão autoritário das relações entre Estado e a sociedade no Brasil. Guardando alguns limites, a tentativa de inserir a dimensão sociopolítica em suas experiências de gestão está abrindo possibilidades

⁵ A administração pública gerencial, também conhecida como nova administração pública, emergiu como o modelo ideal para o gerenciamento do Estado reformado pela sua adequação ao diagnóstico da crise do Estado realizado pela aliança social liberal e por seu alinhamento em relação às recomendações do Consenso de Washington para os países latino-americanos. Assim, ao ser indicado para dirigir o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), o ex-ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira manifestou seu interesse pelas experiências gerencialistas realizadas em outros países, viajando para o Reino Unido a fim de estudá-las e formular uma proposta de adaptação desse modelo ao contexto nacional, e em 1995 apresentou o Plano Diretor da Reforma do Estado (Bresser-Pereira, 1996, 1997). Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>

para a renovação do modelo de gestão pública à medida que traz novas propostas para se repensar as instituições políticas e a dinâmica administrativa.

A administração gerencial, enfatiza Paes-de-Paula (2005), centraliza o poder decisório, não tendo abertura à participação popular, além de ser um modelo de gestão que não foi construído no país, enquanto que a gestão societal busca desenvolver um projeto de desenvolvimento que atenda os interesses nacionais, construindo instituições políticas e políticas públicas mais abertas à participação popular de forma a atender as necessidades dos cidadãos.

O modelo societal tem maior ênfase na participação social buscando estruturar um projeto político voltado a repensar o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho do Estado e o paradigma da gestão, de acordo com Paes-de-Paula (2005), que afirma

[...] a vertente societal não tem propostas completamente acabadas para as dimensões econômico-financeiro e institucional-administrativa, apresentando dificuldades na articulação com a dimensão sociopolítica da gestão pública, e a gestão gerencial lida com a dimensão sociopolítica predominantemente no nível do discurso, embora alguns métodos gerencialistas apresentem melhoria da eficiência no campo econômico e financeiro (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 174).

A intenção neste trabalho não é fazer uma discussão aprofundada entre os modelos de gestão, mas sim, apresentar de maneira sintetizada, pontos centrais que envolvem a administração e gestão pública brasileira, para melhor situar o leitor.

Também é importante resgatar a evolução da agenda governamental brasileira, descrevendo alguns períodos da história e o processo de desenvolvido da saúde pública, conforme demonstra o Quadro 02.

Quadro 02 - Pontos centrais da agenda pública

Era Vargas (1930 – 1955)	Integração social e <i>nation building</i>	Construção de uma ordem institucional com novos atores na arena política.
Populismo (1945 – 1960)	Ampliação da participação	Submeter as políticas à lógica do mercado
Crise do Populismo (1960 – 1964)	Redistribuição	Reformas de base para o desenvolvimento social (socialismo ou subdesenvolvimento)
Autoritarismo Burocrático 1964 – 1967)	Modernização conservadora	Lógica da acumulação, expansão empresarial de bens e serviços
Autoritarismo Burocrático 1968 – 1973)	Crescimento sem redistribuição	Desenvolvimento social como <i>trickle down</i> do crescimento
Distenção e transição (1974 – 1984) Redemocratização (anos 80)	Redistribuição With Growth (Banco Mundial); prevalece a desigualdade sobre a pobreza no debate público	Aceleração dos complexos industriais de provisão de bens e serviços sociais, moderadamente redistributiva.

Nova República	Reformismo social-democrata: universalismo, descentralização e transparência	Redesenhar políticas mais eficientes, democráticas e redistributivas
Collor	Reformas como imperativos de “governabilidade”	Reestruturação <i>ad hoc</i> pouco consistente das políticas: focalização e redefinição do mix público-privado
Governo FHC (anos 90) Gerencialismo	Instituir a boa governança; pobreza é tema dos debates públicos. Liberalização com descentralização para estados, regiões e municípios., ampliação do mix público-privado	Focalização e redefinição do mix público-privado; restaurar as bases fiscais das políticas; políticas compensatórias dos custos sociais da estabilização.
Governo Lula Recuperação do desenvolvimento (anos 2000)	Desenvolvimento e agenda social	Aumento do fluxo interno e externo; melhoria da qualidade e produtividade, descentralização de planejamento e execução; envolvimento das comunidades, sustentabilidade, inclusão social pelo trabalho, coletividades e redução das desigualdades. Modelo neoinstitucional.

Fonte: adaptado de Melo (1996 *apud* PEREIRA, 2005).⁶

Cabe ressaltar que todo o processo histórico das organizações, tanto privadas como públicas, é permeado por mecanismos que podem ser organizados de acordo com os pilares da teoria institucional em normativos, regulativos e cognitivos. O regulativo caracteriza-se pela coerção, sendo racional-utilitarista, com normas, leis e sanções dentro de uma realidade concreta. No normativo, o homem se adapta, existe uma conformidade e internalização, podendo ser formal e informal, dentro de um processo mimético, enquanto que o cognitivo foca numa realidade e conhecimentos socialmente construídos, onde há compartilhamento dos saberes e decisões, de acordo com Scott (1995) e Bowring (2000) *apud* Pereira (2011).⁷

Para Pereira (2011), a vertente cognitiva é considerada um marco na teoria institucional, tendo como base o social construtivismo, se diferenciando da vertente tradicional que atribuía pouca atenção às organizações, tendo o ambiente como pano de fundo. O pilar cognitivo tem a organização como consequência do ambiente e de interações sociais, de forma a privilegiar uma análise micro das políticas públicas e do Estado, atores sociais orientam-se sob a lógica social, valoriza-se a interpretação subjetiva dos indivíduos à realidade em que se inserem, ou seja, o ambiente, orientando ações organizacionais.

⁶ MELO, M. A. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, E. M. (org.) **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/IEE, 1996, P. 11 – 28.

⁷ SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**. London: Sage Publications, 1995. 267 p.

BOWRING, M. A. De/Constructing theory: a look at the institucional theory that positivismo built. **Journal of Management Inquiry**, Evanston, v. 9, 2000.

Descrevendo os dois modelos de gestão, Paes-de-Paula (2005) afirma categoricamente que

[...] ao contrário da vertente gerencial, que estabelece um modelo federal a ser reproduzido nas diversas instâncias governamentais, temos uma focalização na organização local de experiências alternativas de gestão. De qualquer forma, a ausência de uma elaboração da vertente societal para o aparelho de Estado contribui para a permanência da proposta gerencial. Por outro lado, é preciso reconhecer que uma nova elaboração implicaria outra reforma administrativa com todas as dificuldades políticas que isso representa. No entanto, há de se considerar a possibilidade, pois a continuidade do modelo gerencial impossibilita mudanças na cultura política, uma vez que condiciona a forma como a gestão do aparelho de Estado é realizada (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 174).

O modelo de federalização baseia-se no processo mimético, característica do mecanismo normativo da teoria organizacional, quando se define como um conjunto de regras e normas padrão estruturado por um conjunto de organizações públicas, num jogo de interesses entre os federados e as elites, segundo Rodden (2004).

A proposta da vertente societal envolve as demandas locais com a valorização da participação social na elaboração e implementação de políticas públicas, não copiando ou imitando políticas e ações de uma organização para outra, mas construindo uma realidade social com os atores envolvidos no processo, buscando o interesse comum.

O pilar cognitivo tem como base o social construtivismo, sendo que a ação é decorrente de um conjunto de conhecimentos difundidos e socialmente aceitos, constituindo-se como parâmetros para aquilo que os atores sociais concebem como realidade, a legitimidade se fundamenta no compartilhamento e comunalidade, conforme Scott (1995) *apud* Pereira (2011). As principais diferenças entre os modelos de gestão gerencial e societal são demonstrados por Paula (2005, p. 175) como descritos no Quadro 03.

Quadro 03 - Variáveis observadas na comparação dos modelos

	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL
Origem	Movimento internacional pela reforma do Estado, que se iniciou nos anos 1980 e se baseia principalmente nos modelos inglês e estadunidense	Movimentos sociais brasileiros, que tiveram início nos anos 1960 e desdobramentos nas três décadas seguintes
Projeto político	Enfatiza a eficiência administrativa e se baseia no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista.	Enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a Estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão
Dimensões estruturais enfatizadas na	Dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa	Dimensão sociopolítica

gestão		
Organização administrativa do aparelho do Estado	Separação entre as atividades exclusivas e não-exclusivas do Estado nos três níveis governamentais	Não há uma proposta para a organização do aparelho do Estado e enfatiza iniciativas locais de organização e gestão pública
Abertura das instituições políticas à participação Social	Participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório, à organização das instituições políticas e à construção de canais de participação popular	Participativo no nível das instituições, enfatizando a elaboração de estruturas e canais que viabilizem a participação popular
Abordagem de gestão	Gerencialismo: enfatiza a adaptação das recomendações gerencialistas para o setor público	Gestão social: enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas

Fonte: Paes-de-Paula (2005, p. 175)

Paes-de-Paula (2005, p. 140) salienta que as ideias para tornar o modelo gerencial menos descentralizado, com maior controle social da gestão e participação do cidadão, com aproximação da dimensão sociopolítica ficam ao nível do discurso e não conseguem se manifestar na realidade, pois há uma “flexibilização da burocracia e uma manutenção da dominação”.

A administração pública societal, segundo Paes-de-Paula (2005, p.), tem como abordagem a gestão social, que tem como foco as demandas de seu público, com abertura à participação social na elaboração e implementação de políticas públicas, como saída para a administração gerencial com seu modelo tradicional de separar administração e política, centralizador e tecnocrático, com reprodução do autoritarismo e neopatrimonialismo.

A Gestão Social vem sendo discutida desde o início da década de 1990 quando começou a permear os seminários e a área acadêmica e tem suas raízes nos movimentos sociais da década de 1960 quando a sociedade se mobilizou buscando a reforma do país, sendo calada pelo golpe de 64, e retomando o debate na década de 1970 nos coletivos organizados pela Igreja Católica⁸ (PAES-DE-PAULA, 2005).

Para Tenório (2005) a Gestão Social diz-se de um processo gerencial dialógico no qual todos os participantes tomam parte das decisões, num espaço onde as relações sociais são privilegiadas, onde todos têm o direito a fala, distanciando-se do modelo regulativo, onde predomina a coerção.

⁸ A Igreja Católica catalisou a discussão de problemas coletivos nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), inspirada pelos ideais da teologia da libertação e da educação popular. Promovendo os clubes de mães, os grupos de estudos do Evangelho e os encontros de jovens, as CEBs se consolidaram como um espaço alternativo para a mobilização política ao estimular a participação popular no debate das dificuldades cotidianas, contribuindo para a formação de lideranças populares (PAES-DE-PAULA, 2005a, p. 39).

A Gestão Social veio para criar espaço de debate, onde experiências, aprendizados, desafios e conhecimento podem ser compartilhados e analisados em diferentes contextos, sem a predominância exclusiva do enfoque econômico e do filosófico/político, afirma Carrion (2012). Segundo Pereira (2011, p. 37) quando fala-se em desenvolvimento faz necessário entender que muitas das discussões em torno desse tema são permeadas pelo debate de políticas públicas, pois elas se “caracterizam como um dos principais instrumentos ou estratégias responsáveis pelo desenvolvimento”.

Quando se permite a participação social, Schommer e França Filho (2008) acentuam que se permite um aprendizado coletivo e individual decorrente das interações sociais, sendo que há necessidade também de desenvolver instrumentos e metodologias para que as capacidades individuais sejam ampliadas no processo de gestão, concordando com Pinho (2010). Para Paes-de-Paula (2005a, p. 37)

Nas últimas décadas, os brasileiros estiveram engajados no processo de redemocratização do país, buscando reformar o Estado e construir um modelo de gestão pública capaz de torná-lo mais aberto às necessidades dos cidadãos brasileiros, mais voltado para o interesse público e mais eficiente na coordenação da economia e dos serviços públicos.

O modelo societal está em desenvolvimento e tem-se manifestado nas experiências de alternativas de gestão pública como os Conselhos Gestores e Orçamento Participativo com tentativas de ampliar a participação popular e sua influência nas políticas públicas, mas Paes-de-Paula (2005a, p. 37) afirma que

Quanto à abordagem societal, a vitória de Luís Inácio Lula da Silva gerou uma expectativa de que ela se tornasse a marca do governo federal. No entanto, o que se observa é uma continuidade das práticas gerencialistas em todos os campos, inclusive no que se refere às políticas sociais.

Cançado (2011) acerca da Gestão Social afirma ser “um processo dialético, [...] fundado no interesse bem compreendido, e que tem por finalidade a emancipação do homem. [...] tem fundamentos teóricos próprios e uma prática de gestão que já acontece e, provavelmente, é anterior a gestão estratégica [...]”.

Para Carrion (2012) a Gestão Social busca qualificar gestores para assumirem atribuições e a gestão de processos e organizações, na tentativa de mudança do modelo tecnoburocrático e gerencial. A gestão social, para ela, visa aumentar a capacidade dos atores locais para interagirem e para que tomem decisões acerca de suas vidas e da comunidade, e

propõe novas formas de participação social. Apreciando o espaço democrático na construção de ações coletivas, a Gestão Social

[...] tem como objeto de estudo a gestão e problemáticas sociais e ambientais que necessitam de uma visão intersetorial e interorganizacional, considerando seu espaço de articulação em um contexto de constante fortalecimento democrático, onde múltiplos atores compartilham interesses, visões e ações dentro de um território (MENDONÇA; GONÇALVES-DIAS; JUNQUEIRA, 2012, p. 1392).

Em uma perspectiva analítica sobre a Gestão Social e a gestão pública, Paes-de-Paula (2005) faz a seguinte reflexão e enfatiza a Gestão Social como ação deliberativa, com participação do cidadão, seja enquanto pessoa, eleitor, trabalhador ou consumidor, concordando com Tenório (1998) quando faz referência a inclusão dos diferentes sujeitos sociais no processo decisório.

Talvez um exame aprofundado do banco de dados do programa Gestão Pública e Cidadania, tendo como critério a inovação nos arranjos institucionais que viabilizam a participação social e que relativizam o conceito de eficiência, possa apontar caminhos para romper com a lógica gerencialista. De qualquer forma, é importante notar que a abordagem de gestão vertente societal se insere na perspectiva de uma gestão social que tenta substituir a gestão tecnoburocrática por um gerenciamento mais participativo, no qual o processo decisório inclua os diferentes sujeitos sociais (Tenório, 1998). Essa gestão social é entendida como uma ação política deliberativa, na qual o indivíduo participa decidindo seu destino como pessoa, eleitor, trabalhador ou consumidor (PAES-DE-PAULA, 2005a, p. 45).⁹

As reflexões de Tenório (2008a, p. 160) indicam a necessidade de inversão nas relações entre Estado-sociedade, capital-trabalho e mercado-sociedade, fazendo com que a sociedade e trabalho tenham prioridade como protagonistas, saindo do papel de coadjuvante. Para ele, a *cidadania deliberativa* deve mediar essas relações, permitindo que as decisões sejam legitimadas através de “*processos de discussão* orientados pelos princípios da *inclusão*, do *pluralismo*, da *igualdade participativa*, da *autonomia* e do *bem comum*”. Para ele, a *cidadania deliberativa*, seria o processo de participação sem coerção, convencimento ou negociação, com base apenas no *entendimento*.

Contrariando o modelo tecnoburocrático, gerencialista e centralizador, a Gestão Social propõe uma concepção dialógica, descentralizada, onde os participantes podem “identificar, compreender, problematizar e propor soluções dos problemas da sociedade, a ponto de serem

⁹ TENÓRIO, F. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 5, p. 7-23, 1998.

assumidas como políticas públicas, pelo contexto parlamentar e executadas pelo aparato administrativo de governo” (TENÓRIO, 2008b, p. 162).

Para Tenório (2008b), a Gestão Social é uma proposta para a possibilidade de emancipação, pois promove um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual os diferentes sujeitos sociais podem participar do processo decisório, ou seja, onde a autoridade decisória é compartilhada, podendo ocorrer em qualquer sistema social, seja público, privado ou organizações não governamentais.

Segundo Tenório (2012), o Brasil não tem uma cultura de decisão com base no coletivo, voltada ao bem comum, pois os interesses particulares acabam se sobrepondo aos interesses coletivos, além da racionalidade instrumental de base utilitarista, onde os pressupostos da Gestão Social não tem vez. A Gestão Social tem como objetivo promover a cidadania em todas as organizações públicas e privadas, com participação em todas as esferas de decisão, pois as pessoas precisam fazer parte do processo que também vai afetá-las, sendo que quem deve determinar a análise é a sociedade, tendo o bem-comum como referência.

França Filho (2008), afirma que a Gestão Social é um modo de gestão próprio às organizações diferente do que predomina no mercado e no Estado, sendo um espaço próprio da sociedade civil, de ação não estatal, seguindo uma lógica mais social, política, cultural ou ecológica.

Fischer (2002) entende Gestão Social como um espaço de reflexão das práticas e do conhecimento abrangendo uma multiplicidade de disciplinas, contemplando o objetivo final e o processo (meio), sendo que Pinho (2010) enfatiza a importância da educação como ponto chave, que não desmerece o saber popular, mas reconhece que o mundo moderno e contemporâneo exige uma série de conhecimentos básicos e amplos, sem os quais o cidadão não consegue ter uma participação efetiva e valorativa.

A Gestão Social apresenta-se como estratégia política dominante, capaz de dar sentido e reconhecimento às experiências localizadas “até então dispersas (ou que corriam o risco de dispersão) ocupando certo vazio de etiquetagem (*labeling*) que muitas delas vivenciavam” (BOULLOSA; SCHOMMER, 2009, p. 4).

Para Tenório (2008c), a Gestão Social muitas vezes é vista de forma equivocada, sendo ligada a gestão de políticas sociais e organizações com estes fins, sendo que deveria ser vista como “possibilidade de uma gestão democrática, participativa, quer na formulação de políticas públicas, quer naquelas relações de caráter produtivo”. Para o autor, a Gestão Social pode ser uma proposta contra hegemônica, considerando a racionalidade instrumental e o pensamento positivista, que impossibilitam a autonomia e emancipação do homem.

A linguagem, para Tenório (2008b), é um mecanismo de ação que leva ao entendimento, sendo que através da discussão crítica e da apreciação intersubjetiva, vai chegar ao consenso, legitimando as decisões, pois diferentes sujeitos sociais farão parte desse processo dialógico oportunizando a participação. Cançado, considerando a perspectiva da dialética negativa, afirma que

a Gestão Social parte do interesse público bem compreendido, em um contexto de solidariedade e sustentabilidade, acontecendo na esfera pública, com uma dinâmica de comunidades de prática, em que a tomada de decisão coletiva ocorre por meio da democracia deliberativa sem coerção, norteadas pela ação racional substantiva permeada por dialogicidade e intersubjetividade, considerando as possibilidades das interorganizações, fundada na dialogicidade e intersubjetividade do processo visando à emancipação como fim último (CANÇADO, 2011, p.205).

Diferenciando a Gestão Social da gestão privada, praticada pelas organizações que atuam no mercado, e da gestão pública, praticada no seio das instituições públicas do Estado, Schommer e França Filho (2008, p.24) afirmam que é preciso enxergar a Gestão Social como

um conceito em construção, emergente e inovador – como uma dimensão das organizações e práticas sociais que articula diferentes variáveis, como: interações e relações de confiança; aprendizagem e conhecimento; pessoas e tecnologia; cultura e comportamento organizacional; cooperação, domesticidade e redistribuição. São textos em construção, teorias em construção, não por falta de conceituação ou fundamentação, mas por que não se fixam no tradicional e nem tão pouco são ilusórios. Estão em construção em razão da complexa e dinâmica vida humana e suas manifestações [...] a gestão social pode ser pensada também como modo de orientação para uma ação organizacional. Ela diz respeito, portanto, a uma forma de gestão organizacional que do ponto de vista da sua racionalidade pretende subordinar as lógicas instrumentais a outras lógicas mais sociais, políticas, culturais ou ecológicas. Isto posto em função da finalidade mesmo da organização definindo o escopo da gestão. Trata-se evidentemente aqui de uma formulação em termos de tipo-ideal. Ou seja, na prática não seria incomum encontrar-se organizações sociais que atuam incorporando uma lógica instrumental.

Se distanciando da lógica do mercado e das organizações públicas, a Gestão Social propõe novas formas de conduzir o planejamento e a tomada de decisões, privilegiando a participação social de forma coletiva, fugindo da mera ação racional instrumentalista que visa o fim em detrimento do meio. Por apresentar muitos desafios, o campo da Gestão Social ainda está em construção e aberto a debates e contribuições que possam levar a um melhor entendimento. Schommer e França Filho (2008, p. 33) afirmam que é preciso superar uma cultura política tradicional e aprimorar as relações da sociedade civil com o poder público, enfatizando ainda que

Se a gestão social do ponto de vista metodológico refere-se ainda a um conceito em construção, algumas preocupações e princípios muito comuns na ação da maioria dos grupos, como a postura ética da conduta, a valorização da transparência na gestão dos recursos e a ênfase sobre a democratização das decisões e das relações na organização, sinalizam na direção de uma nova cultura política que se dissemina através dessas práticas e dessa noção. E isso representa uma mudança de peso significativa, pois o mundo das organizações que atuam no chamado campo social ainda permanece marcado, em larga medida, por práticas de poder despóticas frutos de uma cultura política clientelista e personalística. Este aspecto constitui mais um desafio expressivo que se coloca à gestão social.

A Gestão Social também está apoiada no conceito de cidadania deliberativa, que tem uma relação de mediação entre sociedade e Estado e entre sociedade e capital, significando também, “em linhas gerais, que a legitimidade das decisões deve ter origem em *processos de discussão*, orientados pelos princípios da *inclusão*, do *pluralismo*, da *igualdade participativa*, da *autonomia* e do *bem comum*”, sendo que

O conceito de esfera pública pressupõe igualdade de direitos individuais (sociais, políticos e civis) e discussão, sem violência ou qualquer outro tipo de coação, de problemas por meio da autoridade negociada entre os participantes do debate. Portanto, a esfera pública é o espaço intersubjetivo, comunicativo, no qual as pessoas tematizam as suas inquietações por meio do entendimento mútuo. A esfera pública constitui, essencialmente, uma estrutura comunicacional da ação orientada pelo entendimento e está relacionada com o espaço social gerado no agir comunicativo. Quando existe liberdade comunicativa, estamos na presença de um espaço público constituído por intermédio da linguagem (TENÓRIO *apud* SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008, p.41-42).

Para que a comunicação seja mantida de forma efetiva é necessária uma sociedade de pessoas ativas e democráticas, que não se identifiquem com um modelo centralizador e tecnoburocrático, mas que dentro de uma concepção dialógica, saibam “identificar, compreender, problematizar e propor as soluções dos problemas da sociedade”, a ponto de as demandas se materializarem em políticas públicas (TENÓRIO *apud* SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008, p. 42). Estes autores, ampliando o conceito de Habermas (2004)¹⁰ sobre esfera pública, afirmam que

a esfera pública seria aquele espaço social onde ocorreria a interação dialógica entre a sociedade civil e o Estado decidindo sobre políticas públicas; e, acreditando ser possível processos de parceria entre o primeiro, segundo e terceiro setores, incorporamos o capital (segundo setor) também como possibilidade de participar da esfera pública. Na realidade o que fizemos foi reconstruir o conceito de esfera pública na medida que o interpretamos como o espaço possível de comunicação e de

¹⁰ HABERMAS, Jürgen. “Derechos humanos y soberania popular: las versiones liberal y republicana.” In: OVEJERO, Félix, MARTI, José Luis e GARGARELLA, Roberto (Organizadores) Nuevas ideas republicanas: autogobierno y libertad. Barcelona: Paidós, 2004, pp. 191-206.

deliberação entre sociedade civil, Estado e capital. Assim, por exemplo, quando de uma decisão sobre determinada política pública ou que afete dada comunidade ou território, as relações bilaterais entre o primeiro e segundo setor, ou entre os três setores simultaneamente, configurariam uma administração pública ampliada, isto é, uma gestão social, na qual os protagonistas seriam todos aqueles participantes do processo decisório (Tenório, 2008 *in* Schommer e França Filho, 2008 p. 42).

De acordo Schommer e França Filho (2008) a *cidadania deliberativa* diz respeito às múltiplas formas de comunicação, unindo os cidadãos num auto-entendimento ético, permeada por debates e negociações coletivas, possibilitando a solução de problemas, onde todos podem participar de forma igualitária. Tenório e Rozenberg (1997) lembram que a participação faz parte da vida cotidiana de cada um, em atividades e grupos, pois vivemos em meio às relações sociais desde o nosso nascimento, sendo a associação importante na busca de alguns objetivos, que se tornariam mais difíceis de serem alcançados de forma individual. Observa-se que cidadania e participação, estão estritamente ligadas à construção democrática do próprio destino.

Tenório (1990) explica que as discussões de forma geral podem ser afetadas pelo nível de escolaridade dos indivíduos envolvidos, e que quanto maior o nível de estudo, maior seria o poder e a influência nas discussões e na tomada de decisões, criando-se uma assimetria nas relações de poder. Em tais diálogos, sempre haverá o caminho do certo e do errado, e a discussão dos saberes. Num debate em que se privilegia a participação de todos, os conhecimentos devem ser convergentes, e quem tem mais conhecimento deve servir de apoio e não como orientador da discussão.

Quando há uma relação coletiva, não há donos da verdade, o poder é diluído entre os participantes, e as informações e conhecimentos devem ser compartilhados de forma a haver integração, pois participar é repensar seu saber e confrontar-se com os saberes alheios, e fazer “com” e não “para” (TENÓRIO, 1990).

Quando se trabalha sobre o indivíduo ou coletivo, em detrimento do “trabalhar com eles”, não se oportuniza a possibilidade de participação, não há aproveitamento dos valores dos envolvidos imbuídos nas discussões, no planejamento e na tomada de decisões, impedindo-se uma participação de fato efetiva.

No entanto, Tenório e Rozenberg (1997) enfatizam a necessidade de uma participação consciente, ou seja, o participante precisa compreender o processo em que está envolvido, e que a participação não pode ser forçada, e não pode ser insignificante, mas deve haver livre interesse do indivíduo, sem coerção ou imposição.

Bodernave (1994, p. 12) afirma que a participação “está na ordem do dia devido ao descontentamento geral com a marginalização do povo dos assuntos que interessam a todos e que são decididos por poucos”.

Para este autor, o povo pode ter controle sobre as ações das autoridades, evitando a corrupção, e que quando a população participa da fiscalização, a tendência é melhorar a qualidade dos serviços públicos, porquanto estes são “melhor aceitos na medida em que correspondem à percepção que [o povo] tem de suas próprias necessidades, percepção que se expressa mediante a participação (p.13)”

Para finalizar este capítulo, é importante lembrar o que afirma Tenório (1998, p. 126), sobre Gestão Social em relação à participação e construção coletiva

Gestão social contrapõe-se à gestão estratégica à medida que tenta substituir a gestão tecnoburocrática, monológica, por um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos sociais. E uma ação dialógica desenvolve-se segundo os pressupostos do agir comunicativo. (...) No processo de gestão social, acorde com o agir comunicativo – dialógico, a verdade só existe se todos os participantes da ação social admitem sua validade, isto é, verdade é a promessa de consenso racional ou, a verdade não é uma relação entre o indivíduo e a sua percepção do mundo, mas sim um acordo alcançado por meio da discussão crítica, da apreciação intersubjetiva

Para Tenório (2000, p. 198), “sob a concepção de ação gerencial dialógica, a palavra-princípio democratização seria implementada por meio da intersubjetividade racional dos diferentes sujeitos sociais – subordinados e superiores – dentro das organizações”. Para ele, nem subordinados e nem superiores podem impor sua vontade, “sem que haja um acordo alcançado comunicativamente, por meio do qual todos os participantes expõem os seus argumentos mediados lingüisticamente em busca do entendimento”.

Em relação às características e princípios da Gestão Social é importante conceituá-los, já que serão utilizados, neste estudo, no processo de análise da Política Nacional de Humanização, na tentativa de encontrar aproximações ou afastamento do que é preconizado pela Gestão Social.

A Gestão Social possui características, que a difere de outras áreas, e portanto, traz uma nova abordagem para o processo de gestão, sendo elas: *a tomada de decisão coletiva*, *a transparência* e *a emancipação*. Uma das bases da Gestão Social é a *tomada de decisão coletiva*, que deve ser livre de coerção, e todos devem ter a liberdade de participar e de expressar o que pensam dentro de um processo dialógico que valoriza cada indivíduo e o coletivo (TENÓRIO, 2008a).

A *transparência* é condição necessária, para que as outras características prevaleçam. Para que haja *entendimento* no processo dialógico, através da linguagem e da comunicação entre as pessoas, presume-se que as informações devem estar disponíveis a todos, não havendo segredos ou assimetria de informações, lembrando que “a linguagem deve ser inteligível a todos os participantes” (CANÇADO, 2013, p. 131).

Como a Gestão Social tem uma das âncoras na *cidadania deliberativa*, a emancipação é o objetivo e o resultado da Gestão Social, através da participação efetiva e eficaz no processo de tomada de decisão.

A cidadania deliberativa, então, por sua vez, entende que a legitimidade das decisões “deve ter origem em *processos de discussão*, orientados pelos princípios da *inclusão*, do *pluralismo*, da *igualdade participativa*, da *autonomia* e do *bem comum*”, segundo Schommer e França Filho (2008). Estes seis princípios ou categorias que fundamentam a *cidadania deliberativa* foram divididos em 21 critérios de análise¹¹. Para averiguar a existência ou não desses princípios nas organizações em relação à Gestão Social, com foco na *cidadania deliberativa*, os critérios devem ser utilizados no processo de análise.

O princípio de *discussão* tem por objetivo debater os problemas, através da negociação, respeitando a igualdade de direitos, e através da comunicação chegar a um entendimento. Tem por critérios os *canais de difusão*, a *qualidade da informação*, os *espaços de transversalidade*, a *pluralidade do grupo promotor*, os *órgãos existentes*, os *órgãos de acompanhamento* e a *relação com outros processos participativos* (VILLELA, 2012).

O princípio da *inclusão*, segundo Villela (2012), tem por finalidade permitir a participação de diferentes indivíduos e coletivos na discussão de políticas públicas, e seus critérios consideram a *abertura dos espaços de decisão*, a *aceitação social, política e técnica* e por último a *valorização cidadã*.

O *pluralismo* envolve os diferentes atores e seus diferentes pontos de vista no processo decisório, e tem por critérios a *participação de diferentes atores* e o *perfil* dos mesmos (VILLELA, 2012).

A *igualdade participativa*, que é o quarto princípio, prevê a isonomia no processo de tomada de decisão e seus critérios consideram a *forma de escolha de representantes* e os *discursos* dos mesmos e a avaliação participativa (VILLELA, 2012).

¹¹ Essa metodologia de análise da cidadania deliberativa foi desenvolvida no Brasil pelo Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS) na Fundação Getúlio Vargas (FGV) e está presente na obra de Tenório (2012, p. 39-41).

A *autonomia*, de acordo com Villela (2012), diz respeito à forma de atuação dos diferentes agentes na tomada de decisão, e seus critérios têm por finalidade analisar *a origem das proposições, a alçada dos atores, o perfil da liderança e a possibilidade de exercer a própria vontade*.

E como último princípio da *cidadania deliberativa, o bem comum*, que busca a o bem-estar social do coletivo e seus critérios permitem analisar os *objetivos alcançados e a aprovação cidadã dos resultados* (VILLELA, 2012).

Cançado e Rigo (2013, p. 12) afirmam que “considerando a participação como cerne da *cidadania deliberativa* e da *Gestão Social*”, pode-se aproximar a *Gestão Social* dos critérios de análise da *cidadania deliberativa*. Para eles, essa “aproximação entre os critérios de análise e as características da *Gestão Social*” pode ser utilizada para identificar a *Gestão Social* nas organizações, e são demonstrados no Quadro 04.

Quadro 04 – Cidadania Deliberativa – critérios de análise

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Crítérios	Característica da Gestão Social a ser Identificada
Processo de discussão: discussão de problemas através da autoridade negociada na esfera pública. Pressupõe igualdade de direitos e é entendido como um espaço intersubjetivo e comunicativo que possibilita o entendimento dos atores sociais envolvidos.	Canais de difusão: existência e utilização de canais adequados ao acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.	Transparência e Inteligibilidade
	Qualidade da informação: diversidade, clareza e utilidade da informação proporcionada aos atores envolvidos.	Transparência e Inteligibilidade
	Espaços de transversalidade: espaços que atravessam setores no intuito de integrar diferentes pontos de vista.	Dialogicidade; Entendimento
	Pluralidade do grupo promotor: compartilhamento da liderança a fim de reunir diferentes potenciais atores.	Tomada de decisão coletiva sem coerção; Dialogicidade
	Órgãos existentes: uso de órgãos e estruturas já existentes evitando a duplicação das estruturas.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Órgãos de acompanhamento: existência de um órgão que faça o acompanhamento de todo o processo, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa	Transparência e Inteligibilidade
	Relação com outros processos participativos: interação com outros sistemas participativos já existentes na região.	Entendimento; Dialogicidade
Inclusão: incorporação de atores individuais e coletivos anteriormente excluídos dos espaços decisórios de políticas públicas	Abertura dos espaços de decisão: processos, mecanismos, instituições que favorecem a articulação dos interesses dos cidadãos ou dos grupos, dando uma chance igual a todos de participação na tomada de decisão.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade

	Aceitação social, política e técnica: reconhecimento pelos atores da necessidade de uma metodologia participativa, tanto no âmbito social, quanto no político e no técnico.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Valorização cidadã: valorização por parte da cidadania sobre a relevância da sua participação.	Entendimento
Pluralismo: multiplicidade de atores (poder público, mercado e sociedade civil) que, a partir de seus diferentes pontos de vista, estão envolvidos no processo de tomada de decisão nas políticas públicas.	Participação de diferentes atores: atuação de associações, movimentos e organizações, bem como cidadãos não organizados, envolvidos no processo deliberativo.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Perfil dos atores: características dos atores em relação às suas experiências em processos democráticos de participação.	Tomada de Decisão coletiva, sem coerção
Igualdade participativa: isonomia efetiva de atuação nos processos de tomada de decisão nas políticas públicas.	Forma de escolha de representantes: métodos utilizados para a escolha de representantes.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Discursos dos representantes: valorização de processos participativos nos discursos exercidos por representantes.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
Autonomia: apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas.	Avaliação participativa: intervenção dos participantes no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção; Entendimento
	Origem das proposições: identificação da iniciativa das proposições e sua congruência com o interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção; Entendimento
	Alçada dos atores: intensidade com que as administrações locais, dentro de determinado território, podem intervir na problemática planejada.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Perfil da liderança: características da liderança em relação à condução descentralizadora do processo de deliberação e de execução.	Tomada de Decisão coletiva, sem Coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Possibilidade de exercer a própria vontade: instituições, normas e procedimentos que permitam o exercício da vontade política individual ou coletiva.	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção;
Bem comum: bem-estar social alcançado através da prática republicana.	Objetivos alcançados: relação entre os objetivos planejados e os realizados.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Aprovação cidadã dos resultados: avaliação positiva dos atores sobre os resultados alcançados.	Entendimento

Fonte: Cançado e Rigo (2013), baseado em Villela (2012).¹²

¹² VILLELA, Lamounier Erthal. Escopo metodológico. In: TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). Cidadania e desenvolvimento local: critérios de análise. Rio de Janeiro: FGV, 2012. 264p.

Considerando-se a importância da participação cidadã nas políticas públicas, que é o foco de estudo deste trabalho, todas as categorias da *cidadania deliberativa* e seus critérios, conforme conceituados, foram utilizados para analisar as ações e a forma de gestão que foram utilizada na condução do processo de implementação da Política Nacional de Humanização, na unidade de saúde estudada. Para Cançado e Rigo (2013) estes critérios permitem analisar os traços de Gestão Social nas organizações.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Método

Marconi e Lakatos (2006, p. 30 - 31) mencionam que “a seleção do instrumental metodológico está relacionado com o problema a ser estudado; e a escolha dependerá dos vários fatores relacionados com a pesquisa [...]”. Segundo estes autores, “nas investigações, em geral, nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica [...]. Na maioria das vezes há uma combinação de dois ou mais deles, usados concomitantemente”.

No estudo proposto, o método de pesquisa-ação¹³ norteou o desenvolvimento de todo o processo investigativo, sendo que também foi utilizado o método da pesquisa de campo, de cunho social, na área da saúde, que de acordo com os autores, “utiliza metodologia científica, por meio da qual se podem obter novos conhecimentos no campo da realidade social (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 18).

Uma pesquisa pode ser considerada pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, a partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos, e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 1985, p. 14).

Para o autor, a pesquisa-ação é discutida em áreas de atuação técnico-organizativa com outros compromissos sociais e ideológicos e dá lugar em sua metodologia, a uma diversidade de propostas de pesquisa nos vários campos de atuação social.

Conforme Thiollent (1985), a pesquisa-ação demanda que haja uma relação entre os pesquisadores e pessoas envolvidas no estudo da realidade do tipo participativo/coletivo. A

¹³ A pesquisa-ação (investigação-ação) provém das ciências sociais e foi introduzida no Brasil no campo da educação e no planejamento rural por João Bosco Pinto, sociólogo brasileiro. É concebida como estratégia metodológica utilizada para incentivar a participação dos camponeses nos processos de planejamento e desenvolvimento regional e local. Também, baseia a sua proposta teoricamente no conceito de educação libertadora. PINTO (1989).

participação dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a “dizer e a fazer”. Não se trata de um simples levantamento de dados.

Para alcançar o objetivo proposto na pesquisa-ação no sentido de estabelecer uma relação entre o conhecimento e ação, entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada e destes com a realidade, Thiollent enfatiza que deve existir uma ampla e explícita interação entre os pesquisadores e envolvidos na pesquisa e que esta não se limita a uma forma de ação, mas pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou nível de consciência das pessoas e grupos que participarem do processo, bem como, contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas.

Thiollent (1985, p. 16), assegura que “é necessário definir com precisão, qual ação, quais agentes, seus objetivos e obstáculos, qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação”.

A pesquisa-ação, como método, pode agregar várias técnicas de pesquisa social. Utiliza-se de técnicas de coleta e interpretação dos dados, de intervenção na solução de problemas e organização de ações, bem como de técnicas de dinâmicas de grupo para trabalhar com a dimensão coletiva e interativa na produção do conhecimento e programação da ação coletiva (THIOLLENT, 1985).

Segundo Egg (1990), a investigação Pesquisa-ação: uma metodologia do "conhecer" e do "agir" tem suas características próprias. O início do estudo se dá pelo interesse de um grupo ou coletivo, e só se aplica a situações ou problemas da vida real, com o objetivo de transformação da realidade que afeta os envolvidos, havendo estrita interação entre investigação e prática, com a participação dos envolvidos, sejam eles, como pesquisadores, técnicos, promotores ou sejam como beneficiários de um programa;

A pesquisa-ação como método de conhecimento da realidade, tem utilizado várias matrizes teóricas. Sua principal característica, a intervenção, se presta tanto à ação educativa, como conscientizadora com os envolvidos no processo de pesquisa, conforme Pinto (1989).

Na pesquisa-ação ocorre uma aproximação entre o pesquisador, que tem um suporte teórico e metodológico e as pessoas envolvidas que participam socializando suas experiências, conhecimento e vivências de sua realidade, ocorrendo uma forma de comunicação entre iguais, com o propósito de realizar um trabalho conjunto. Para o autor, é necessário que haja conhecimento por parte dos envolvidos para que ocorra uma participação

efetiva, sendo necessária a troca de tecnologias, levando em conta que o “saber” condiciona o “poder-fazer” de maneira eficaz e eficiente (EGG, 1990).

Antes de começar a pesquisa com a comunidade/grupos específicos, os pesquisadores buscam organizar, de acordo com a teoria (redigir um referencial teórico), o conhecimento inicial disponível no local ou região onde vão desenvolver o estudo, construindo instrumentos para a coleta de dados, e sistematizando os mesmos, para ordenar as informações, fazendo a análise e interpretação do que for coletado, confrontando com o conhecimento produzido. (PINTO, 1989).

Nesta fase, segundo Pinto (1989), são delineadas a área, os agrupamentos humanos em que vai se desenvolver a prática, sendo realizada também a elaboração dos instrumentos para coleta dos dados, interpretação e análise crítica dos dados para o levantamento do diagnóstico situacional. O segundo passo se caracteriza por entrar em contato com os líderes/dirigentes para apresentar a proposta de pesquisa com a finalidade de evitar futuros problemas.

A pesquisa-ação, como metodologia de pesquisa, proporciona a criação de espaços onde as pessoas possam participar de projetos. No entanto, para o autor, não se trata do direito de participar, mas da capacidade para poder participar efetivamente. Participar nas atividades que as pessoas envolvidas no projeto de pesquisa desenvolvem, não é populista ou sentimental, mas um “ato pedagógico” necessário para apreender e compreender a realidade social em que vivem os implicados no processo de conhecimento/ação, podendo transformá-la, afirma Pinto (1989).

A metodologia da pesquisa-ação de acordo com Pinto (1989), é entendida também, como uma sequência lógica e sistemática de um conjunto de atividades, com objetivos que se operacionalizam através de instrumentos e técnicas. A pesquisa-ação, segundo o autor, inclui um momento de investigação, um de tematização e por último, o de programação/ação. A investigação, para ele, engloba a seleção de uma área de trabalho e informações sobre a mesma, observação e levantamento das características de sua população e das problemáticas, capacitação de grupos estratégicos, realização da pesquisa e devolução dos resultados.

Para Pinto (1989), a tematização envolve a identificação dos elementos que compõem os processos, como forças produtivas, estrutura das relações de poder, atuação do Estado e de seus aparelhos, a organização das classes sociais, e a forma como os envolvidos percebem a sua realidade e se são capazes de atuar para transformá-la, quando necessário. Toda a informação obtida sobre a história da população envolvida na pesquisa, suas lutas e reivindicações podem ajudar a descobrir os movimentos dos processos educativos, de

trabalho, além do que revela o sistema de conexões existentes entre a unidade específica e o contexto regional, nacional e internacional.

De acordo com Pinto (1989), a tematização tem o objetivo de reflexão crítica, respeitando a metodologia “conhecer” e “agir”, onde as informações serão transformadas em um plano pedagógico, ou seja, em ação. Nesta fase são classificados os problemas levantados, em ordem de prioridades, é elaborado o planejamento de um programa de ações, execução e avaliação dos mesmos. A população pode utilizar o novo conhecimento adquirido para elaborar sua prática, através da execução de um plano elaborado coletivamente. Este momento representa a ação reflexiva na produção do conhecimento da realidade em confronto com o referencial teórico já elaborado e compreendido.

O Plano de Ação deve transformar-se em instrumento de trabalho a ser utilizado nas fases posteriores da metodologia, sendo que o plano “na dialética do pensamento-conhecimento-práxis, representa um momento essencial, aquele que permitirá fazer da ação uma prática (práxis), que funde e integra teoria e ação” (PINTO, 1989).

A entrevista, o processo dialógico, o diário de campo para anotar informações (questões e interrogações), a observação participante, e reflexões pertinentes ao trabalho do grupo, correspondem à fase de desenvolvimento da pesquisa, conforme descreve Pinto (1989).

De acordo com o autor, “a investigação de uma realidade social não se esgota com a aplicação de instrumentos de pesquisa, mas requer também a observação sistemática de tudo quanto se refere às atividades dos homens, em uma situação concreta, com relação à natureza e em mútua relação (PINTO, 1989).

A pesquisa também é de natureza descritiva, pois “delineia o que é – abordando também quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente”. Ela também é de natureza grupal, e quantitativa (expressa em medidas numéricas). Caracteriza-se por ser uma pesquisa aplicada, “pois os resultados poderão ser utilizados na solução de problemas que ocorrem na realidade” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 20).

A pesquisa descritiva pode assumir diversas formas, dentre elas, estudos descritivos, pois “trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada”; e estudo de caso “é a pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo de seu universo [...]. A pesquisa descritiva trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade” (CERVO; BERVIAN 2002, p. 66 - 67).

O estudo descritivo, de acordo com Vergara (1998, p. 45), tem por finalidade expor “características de determinada população ou de determinado fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Para Marconi e Lakatos (2006), a pesquisa de campo divide-se em três grandes grupos: “quantitativo-descritivas, exploratórias e experimentais”, afirmando que

A pesquisa de campo quantitativo-descritiva consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise de características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 84).

Segundo estes autores, a pesquisa de campo quantitativo-descritiva pode ser utilizada para estudos de avaliação de programas, “dizem respeito à procura de efeitos e resultados de todo um programa [...] relativos à educação, saúde e outros” (2006, p. 84).

Como a pesquisa-ação pode exigir vários métodos de pesquisa, foi também utilizado o método de pesquisa de campo, de cunho social, na área da saúde, de natureza quantitativo-descritiva, que contempla a pesquisa inicial, realizada em 2011, onde foram pesquisadas dezenove Unidades de Saúde sob gestão estadual, realizando-se a descrição dos fatos ou fenômenos reais, delineando os resultados e dificuldades na operacionalização da Política Nacional de Humanização.

Neste trabalho foi utilizado também o estudo de caso, uma das formas da pesquisa descritiva. O estudo de caso de acordo com Yin (2005, p. 41) é “um tipo de indagação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real”, no qual os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas.

O estudo de caso realizado numa unidade de saúde, sob gestão estadual no Tocantins, baseia-se em fatos empíricos, dentro de um contexto vivenciado pelos trabalhadores desta unidade no cotidiano de seu trabalho, onde foi descrito todo processo de implementação da Política Nacional de Humanização e sua análise na perspectiva da Gestão Social, os resultados alcançados, além de confrontar as propostas dessa política com as proposições da Gestão Social, o que foi discutido no decorrer desse trabalho. Também foram descritos os instrumentos que foram elaborados para tornar efetivo o Plano de Intervenção e o Plano de Ação.

4.2 Fontes de coleta dos dados

De acordo com Cervo e Bervian (2002, p. 68) “a coleta de dados aparece como uma das tarefas características da pesquisa descritiva. Para viabilizar essa importante operação de coleta de dados, foram utilizados, como principais instrumentos, a observação, a entrevista, o questionário e o formulário”.

Para obter os dados primários sobre a operacionalização da PNH, que diz respeito a pesquisa inicial, foi utilizado o questionário, como instrumento, sendo padronizado ou estruturado, seguindo um roteiro previamente estabelecido, contendo 14 questões, sendo 07 com opção de resposta “sim” ou “não”, uma com opções de respostas e as restantes abertas, investigando sobre a estrutura e os processos de humanização realizados pelas unidades de saúde do SUS (APÊNDICE A).

A coleta de dados em fontes secundárias foi realizada mediante levantamento bibliográfico e pesquisa na internet. Para Marconi e Lakatos (2006, p.71) “a pesquisa bibliográfica abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo”.

As referidas autoras, fazem ainda a seguinte observação: “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um novo tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

Neste caso, a Política Nacional de Humanização assume um novo enfoque ao ser estudada na perspectiva da Gestão Social, considerando seus princípios e características.

O questionário utilizado na pesquisa inicial, foi enviado para o endereço eletrônico institucional das 19 (dezenove) unidades de saúde pesquisadas, juntamente com um memorando (documento oficial), do setor de humanização da SESAU, explicando o conteúdo da pesquisa e os motivos da mesma estar sendo realizada. Houve retorno dos 19 questionários enviados, totalizando 100% das unidades pesquisadas.

Levando-se em consideração os resultados desta pesquisa inicial, realizada em janeiro de 2011, elaborou-se o planejamento pela equipe de humanização da SESAU, sendo então priorizada a unidade de saúde estudada, investigando sobre os processos de trabalho, considerando detalhadamente as diretrizes da PNH. Esta fase foi desenvolvida em vários encontros do GTH, os quais foram registrados, em forma de “memória” pela equipe da SESAU do Tocantins e da unidade de saúde. A pesquisa foi custeada pela SESAU, utilizando parte do orçamento destinado ao fomento científico em saúde, neste caso, sobre a PNH.

Para a coleta de dados em fonte primária, na segunda fase desta pesquisa, já na unidade de saúde selecionada, foi utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados, que segundo Marconi e Lakatos (2006)

É um encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional, sendo um procedimento muito utilizado na investigação social, para coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 92).

De acordo com Marconi e Lakatos (2006, p. 93) “alguns autores consideram a entrevista como o instrumento por excelência da investigação social, e tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema”, concordando com a opinião Cervo e Bervian (2002) que enfatizam

A entrevista tornou-se, nos últimos anos, um instrumento do qual se servem constantemente os pesquisadores em ciências sociais e psicológicas. Recorrem esses à entrevista sempre que têm necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registros e fontes documentais e que podem ser fornecidos por determinadas pessoas. “Esses dados serão utilizados tanto para o estudo de fatos como de casos ou de opiniões” (CERVO; BERVIAN 2002, p. 46).

De acordo com estes autores, a entrevista deve ser planejada, marcando-se “com antecedência, o local e horário a ser realizada, tendo um objetivo estabelecido a ser alcançado, deve-se ter conhecimento do entrevistado, o qual deve ser selecionado de acordo com o assunto escolhido, e em número suficiente” (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 46 - 47).

Para a coleta dos dados através da entrevista, foi utilizado um roteiro que foi planejado e elaborado pela pesquisadora, enquanto Apoiadora Institucional da equipe de humanização da SESAU, observando as diretrizes da PNH (APÊNDICE B). Levando em consideração as informações obtidas na pesquisa inicial, sobre a operacionalização da PNH, foi selecionada uma unidade de saúde, respeitando os recursos disponíveis da SESAU, onde não havia equipe desenvolvendo ações de humanização.

Nesta unidade de saúde, empregou-se o método de pesquisa-ação, onde foi realizada uma investigação detalhada sobre os processos de trabalho, considerando diversos setores da instituição e várias diretrizes da política. Foi enviado com antecedência, documento por escrito, para a unidade de saúde, comunicando sobre a visita, especificando o motivo da mesma, o local, a data, horário, e nomes dos membros do grupo pesquisador. Os resultados da entrevista foram utilizados para a elaboração do Plano de Intervenção e do Plano de Ação que

foram realizados de forma coletiva, e que foram analisados considerando as características da Gestão Social.

Foi utilizada a entrevista por apresentar algumas vantagens de acordo com Marconi e Lakatos (2006, p. 95), as quais são importantes na avaliação da política estudada, como a “flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas [...]. A obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos. Permite que os dados sejam quantificados e submetidos a tratamento estatístico”.

O registro das respostas foi realizado no momento da entrevista, “para maior fidelidade e veracidade das informações” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 97).

Este estudo tem uma abrangência temporal que vai de janeiro de 2011 a janeiro de 2016, descrevendo minuciosamente o caminho percorrido na tentativa de efetivar uma política pública, que foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003. O período desde o início da pesquisa pode ser considerado recente, entendendo, que o período de evolução e maturação de uma política pública pode variar muito de uma política para outra (SECCHI, 2013, 43).

4.3 Objeto da pesquisa

Na pesquisa inicial em 2011, o objeto de estudo contemplou as 19 unidades de saúde, sob gestão estadual, conforme Quadro 04, localizadas em 15 municípios do Estado do Tocantins: Miracema, Pedro Afonso, Porto Nacional, Paraíso, Guaraí, Arapoema, Gurupi, Alvorada, Araguaçu, Araguaína, Xambioá, Augustinópolis, Arraias, Dianópolis e Palmas (ANEXO B).

Os procedimentos de amostragem empregados foram definidos, levando em consideração a regionalização, no período da pesquisa, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, que dividia os cento e trinta e nove (139) municípios do estado em quinze (15) regiões de saúde (ANEXO A).

As unidades de saúde pesquisadas são hospitais do Sistema Único de Saúde, sob gestão estadual, classificados de acordo com a Portaria nº 2.224/GM/MS como hospitais de Porte II e III, isto é, tem um número de leitos entre 50 a 299 unidades, possuindo ou não atendimento de urgência e emergência - Pronto Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), atendimento à gestação de alto risco, possuindo de 03 a 06 salas cirúrgicas, e setores de internação hospitalar, ou seja, prestam atendimento de média e alta complexidade. Esclare-se

que os prontos atendimentos e postos de saúde atendem a demanda de baixa complexidade, estando sob a responsabilidade da gestão municipal, não fazem parte do foco deste estudo (BRASIL, 2002).

Quadro 05: Unidades de saúde sob gestão estadual

Municípios	Unidades de Saúde – US	US
1. Miracema	Hospital de Referência de Miracema – HRM	1
2. Pedro Afonso	Hospital de Referência de Pedro Afonso – HRPAF	1
3. Porto Nacional	Hospital de Referência de Porto Nacional – HRPN Hospital Materno Infantil Tia Dedé	2
4. Paraíso	Hospital de Referência de Paraíso – HRPA	1
5. Guaraí	Hospital de Referência de Guaraí – HRGA	1
6. Arapoema	Hospital de Referência de Arapoema	1
7. Gurupi	Hospital de Referência de Gurupi – HRGU	1
8. Alvorada	Hospital de Referência de Alvorada	1
9. Araguaçu	Hospital de Referência de Araguaçu	1
10. Araguaína	Hospital de Referência de Araguaína – HRA Hospital de Doenças Tropicais – HDT	2
11. Xambioá	Hospital de Referência de Xambioá	1
12. Augustinópolis	Hospital de Referência de Augustinópolis – HRAU	1
13. Arraias	Hospital de Referência de Arraias	1
14. Dianópolis	Hospital de Referência de Dianópolis	1
15. Palmas	Hospital de Referência Dona Regina Hospital de Referência HGP Hospital Infantil Público de Palmas	3
TOTAL		19

Fonte: elaboração própria (2015).

O questionário da referida pesquisa foi enviado às unidades de saúde, do município pólo, de cada região de saúde, levando-se em consideração a existência de unidade de saúde, sob gestão estadual, visando obter os dados sobre a operacionalização da PNH.

Marconi e Lakatos (2006, p. 29) afirmam que “a delimitação da pesquisa está relacionada ao objeto de estudo, ao campo de investigação e ao nível de investigação”.

O objeto de pesquisa, referente ao estudo de caso, é uma unidade de saúde, sob gestão estadual, no Tocantins, sendo escolhida entre as US que não possuíam equipes de humanização desenvolvendo ações conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Após a coleta dos dados, realizada de acordo com os procedimentos indicados, eles foram analisados e classificados de forma sistemática.

De acordo com Marconi e Lakatos (2006, p. 33 - 34) “antes da análise os dados devem ser examinados minuciosamente, a fim de detectar falhas ou erros, evitando informações distorcidas, após devem ser codificados e tabulados”.

Os dados coletados, na primeira fase da pesquisa, foram tratados, analisados e interpretados e dispostos em modelos gráficos (APÊNDICE C), com as informações obtidas e seus respectivos percentuais de respostas. Foi utilizado, na maioria das vezes, o modelo gráfico em barras, devido à diversidade de respostas, permitindo uma melhor visualização. No segundo momento as informações demonstradas graficamente foram utilizadas para dar início a pesquisa-ação, tendo como foco, a tentativa de implementação da PNH, que foi descrita neste trabalho e analisada à luz do referencial teórico estudado.

Considerando-se que este trabalho descreve e analisa o processo de implementação da PNH através da pesquisa-ação, e permite a utilização de vários métodos concomitantemente, foram utilizados dois modelos: o modelo processual e o modelo que aborda os critérios de análise da *cidadania deliberativa*¹⁴, conforme conceituados no capítulo três.

Na análise do processo de implementação da PNH primeiramente foi utilizado o modelo processual. Tal modelo processual percebe a política pública como um ciclo (construção política e social), considerando as fases de elaboração, implementação e avaliação, e permite analisar a participação social, descentralização e alinhamento entre saber técnico e saber local e as relações entre Estado, sociedade e mercado (DYE, 2009).

Este modelo também permite incorporar, dentro de uma visão sociológica, as aspirações, vivências e percepções de diferentes atores sociais a um processo de análise de política e pode contemplar o conhecimento, a opinião e a tradição dos atores sociais envolvidos, além de poder descrever os fatores favoráveis e limitantes do processo de implementação de uma política pública permitindo um campo de estudo em gestão pública interdisciplinar (DYE, 2009).

Para discutir e analisar a PNH na perspectiva da Gestão Social, foi utilizado o modelo de critérios de análise tendo como conceito a “cidadania deliberativa”, baseado no processo de discussão, e observando os princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, sendo cada componente decomposto em categorias de análise, conforme já descritos.

O modelo que contempla os critérios de análise da cidadania deliberativa foi adaptado pelo Programa de Estudos em Gestão Social (Pegs), da Escola Brasileira de Administração Pública (Ebape), tendo, como base referencial, o modelo desenvolvido por Marc Parés e Carola Castellà do Instituto de Governo e Políticas Públicas (Igap) da Universidade Autônoma de Barcelona e os estudos de Habermas (TENÓRIO, 2012).

¹⁴ Este modelo foi conhecido por Fernando Guilherme Tenório, em 2008, quando em visita ao Instituto de Governo e Políticas Públicas -Igap/DCPDP/UAB, em Barcelona, na Espanha (Tenório, 2012, p. 35- 41).

Para adaptação dos critérios de análise da cidadania deliberativa, utilizou-se da teoria da redução sociológica, com “a adequação de procedimentos estrangeiros a realidade local”, sendo que este modelo permite “a avaliação da participação e da deliberação cidadã nos processos decisórios situados nas esferas públicas ou em políticas públicas praticadas no Brasil” (TENÓRIO, 2012, p. 36).

5 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, por meio de sua equipe de humanização, tem por função capilarizar e fortalecer a PNH nas unidades de saúde sob gestão estadual, descentralizando as ações de humanização. Com este objetivo, e em busca de novas estratégias, no segundo semestre de 2010 a Gerência de Humanização da SESAU, em parceria com a Escola Técnica de Saúde Dr. Gismar Gomes – ETSUS, e com o apoio do Ministério da Saúde, ofertou o curso “Apoiadores Institucionais da Política de Humanização do Estado do Tocantins” (ANEXO C). Este processo educacional permitiu a formação de um grupo de Apoiadores Institucionais da PNH, todos trabalhadores concursados do SUS, com o desafio de cada apoiador tentar realizar um Plano de Intervenção, com o propósito de promover ações de humanização em diversas unidades de saúde, em diferentes municípios do Estado.

Em janeiro de 2011, após a pesquisa sobre os processos e operacionalização da política, intitulada “Diagnóstico Situacional e Levantamento de Demandas nas Unidades de Saúde sob Gestão Estadual Referente à Política Nacional de Humanização – PNH (APÊNDICE C), realizada nas unidades de saúde de média e alta complexidade, descobriu-se, dentre outras informações, que das 19 unidades de saúde pesquisadas:

- 17 US afirmaram ter conhecimento sobre a PNH;
- 15 US afirmaram ter equipes de humanização, sendo que 14 destas não tem um setor formalizado e que conste no organograma;
- Apenas 2 US tem equipes exclusivas para desenvolver ações da PNH;
- De 47% (09) das US que realizam processos educacionais/PNH, somente 5% (01) delas fazem levantamento de demandas pedagógicas;
- Mais de 60% afirmam como principais dificuldades para implementar a PNH a falta de estrutura e recursos, seguida de sobrecarga de trabalho apontadas por quase 50% das US, e a insuficiência de pessoal em terceiro lugar (31%);
- 12 US apontaram a falta de apoio da SESAU como dificuldade para fortalecer a PNH
- A pesquisa demonstra que as ações de saúde articuladas entre os setores da US (rede interna) ainda é um grande desafio.

Em posse destas informações, a equipe de humanização da SESAU, que na época contava com três trabalhadoras, sendo duas Apoiadoras Institucionais e uma secretária, deu início ao planejamento para capilarização e fortalecimento da PNH nas unidades de saúde, tendo os seguintes objetivos:

- Ampliar a equipe de humanização da SESAU;
- Trabalhar a ambiência na SESAU (espaço físico adequado, equipamentos, etc.);
- Fomentar Grupos de Trabalho de Humanização em 04 US;
- Garantir a entrada do setor de humanização no organograma da US;
- Implementar a PNH, através dos Planos de Intervenção, focando as diretrizes e dispositivos da mesma.

Em decorrência de falta de pessoal e de recursos financeiros para viagens, disponíveis para a equipe de humanização da SESAU, decidiu-se priorizar as unidades de saúde mais próximas e que tivessem um investimento menor. A equipe de humanização, dividiu-se então, no sentido de prestar apoio institucional nas unidades de saúde, onde havia a necessidade de intervenção. Lembrando que, neste interim, já haviam outros apoiadores tentando promover ações de humanização em diversas unidades de saúde, de diversos municípios do Tocantins.

A autora deste estudo, que na época fazia parte da Gerência de Humanização da SESAU, deu início ao projeto “Ramificação e Implementação da Política Nacional de Humanização” que poderia ser utilizado nas diferentes unidades de saúde, atendendo os objetivos da equipe. A outra apoiadora, se dedicou exclusivamente, a uma unidade de saúde que estava iniciando um Colegiado Gestor e que tinha ações voltadas para o programa do “Parto Humanizado e Construção da Rede Cegonha” do Governo Federal.

Ainda em janeiro de 2011, o projeto de ramificação da PNH, foi apresentado aos gestores da unidade de saúde, objeto deste estudo, tendo aparentemente boa receptividade por parte dos mesmos, o que permitiu o início da implementação da PNH nesta unidade e a possibilidade de formação do Grupo de Trabalho de Humanização, permitindo dessa forma uma maior participação dos diferentes sujeitos nos processos de trabalho, no planejamento, nas decisões e no acompanhamento das ações.

O projeto de implementação da PNH, foi construído com base nas cartilhas e materiais do Ministério da Saúde, tendo todo o arcabouço teórico, metodológico e didático para facilitar o início das discussões sobre a política, os processos de trabalho e a formação do GTH. Além disso, para que a equipe da SESAU tivesse mais informações à respeito dos hospitais foi

desenvolvido o roteiro para entrevista grupal, intitulado “Avaliação e Monitoramento da Política Nacional de Humanização – PNH” (APÊNDICE B). O roteiro, por conter 120 perguntas fundamentadas no material teórico do MS, com ênfase em 07 diretrizes da PNH, teve como finalidade fornecer informações importantes sobre o hospital e os processos de trabalho, além de fomentar e embasar as discussões em grupo. O projeto de implementação da PNH da SESAU, constava de 09 encontros, com as seguintes propostas:

- 1º Roda de conversa e preenchimento do roteiro “Avaliação e Monitoramento da PNH”;
- 2º Apresentação da Política Nacional de Humanização;
- 3º Início de um Grupo de Trabalho de Humanização;
- 4º Acolhimento nas práticas de produção;
- 5º Demandas dos serviços, fluxos e critérios para a organização da atenção;
- 6º Relações de trabalho, espaço de trocas, ambiência, relações com usuários e familiares;
- 7º Relações com outros serviços, internos e externos;
- 8º Clínica ampliada e compartilhada;
- 9º Projeto terapêutico singular e gestão.

No dia 26 de janeiro, deu-se início ao projeto de implementação da PNH na unidade de saúde. Em seu curso, ocorreu o dobro de encontros do que foi planejado pela SESAU. Demonstra-se no Quadro 06, de forma sintetizada, os assuntos que foram discutidos nos 18 encontros e seus encaminhamentos durante o processo de implementação da PNH, dando ênfase ao ano de 2011, período em que foi realizada a entrevista com os trabalhadores da unidade de saúde, e elaborado o Plano de Intervenção e de Ação do hospital. As respectivas datas, os assuntos discutidos e seus encaminhamentos foram transcritos dos registros originais, onde o nome da unidade hospitalar e de seus trabalhadores foram omitidos. É importante ressaltar que os encontros continuaram acontecendo, e que em 2012 foram registrados 11 encontros do GTH, 06 em 2013, nenhum em 2014 e apenas 02 em 2015.

Estes encontros propiciaram espaços de discussão coletiva, em que foi oportunizada a igualdade de participação e direito a fala, com possibilidades de trocas de experiências, compartilhamento de vivências, apontando as dificuldades e objetivos alcançados.

A maioria dos encontros foi registrada em seus pormenores em memórias - “Memórias do SUS que dá certo” - uma frase muito utilizada pelos Apoiadores do Ministério da Saúde, em oposição direta ao fato das terceirizações pelas Organizações Sociais (OS) e projetos de privatização do SUS.

Grande parte das atividades necessárias à implementação da PNH foi planejada de forma conjunta e foram dadas designações, acordadas coletivamente, para que todos tivessem oportunidades iguais, como coordenação e condução das ações, registros dos encontros, preparação e aplicação de dinâmicas, entre outros.

Quadro 06: Síntese dos encontros na unidade de saúde registrados em memórias

Data	Assuntos discutidos coletivamente	Encaminhamentos
26 Jan 2011	A PNH - Política Nacional de Humanização. Orientações da Gerência de Gestão do humanizaSus na implementação da PNH. Trabalho de humanização já desenvolvido pela equipe da unidade de saúde. Outros.	Responder os questionários do projeto de ramificação da PNH na próxima reunião Marcar reunião mensalmente com a Gerência de Gestão do humanizaSUS da secretaria com a unidade de saúde para implantar as diretrizes da PNH; Fazer reuniões coletivas; Criar o GTH (Grupo de trabalho em humanização); Conhecer a carta do usuário do SUS; Começar o trabalho de humanização pelos setores mais críticos do hospital.
15 Abr 2011	A PNH – Política Nacional de Humanização. Orientações da Gerência de Gestão do HumanizaSUS na implementação da PNH na unidade de saúde. Conhecer as necessidades e dar prioridade aos setores mais críticos para estar começando as atividades do Grupo de Trabalho em Humanização. Trabalho de humanização já desenvolvido pela equipe da US.	Iniciar a formação do Grupo de Trabalho de Humanização; Responder os questionamentos na próxima reunião; Estudar a Política Nacional de Humanização – material do MS e outros; A equipe da psicologia ficou responsável para fazer uma dinâmica na reunião do dia 5 de maio. No mês de maio o grupo fará dois encontros semanais, um sem a presença da SESAU e outro com o apoio desta equipe técnica.
25 Abr 2011	Vídeo sobre o SUS, proposta de representantes de cada setor da unidade de saúde, envolvimento dos profissionais nos processos de trabalho. Trabalhar a subjetividade. Organização dos processos de trabalho e a importância de ter uma equipe multiinterdisciplinar.	Continuar com os encontros todas as quintas-feiras às 09:00 hs, com duração no máximo de uma hora e trinta minutos; Estudar mais sobre a PNH para formação do GTH.
05 Mai 2011	A importância do trabalho coletivo. Discussão dos processos de trabalho e o SUS. A Política Nacional de Humanização.	Na Roda de Conversa interna no dia 10/05 às 10 horas terminar a leitura da Apostila PNH – O que é e como implementar? A Gerência de Humanização enviar por email a cartilha sobre como iniciar um Grupo de Trabalho de Humanização – GTH para ser repassada aos demais; Ver a possibilidade do fechamento do Grupo de Trabalho em Humanização no próximo encontro.
12 Mai 2011	Dinâmica com perguntas escritas em tarjetas pelos participantes para tirar todas as dúvidas que surgiram nos encontros anteriores e busca de estratégias de fortalecimento do grupo.	Próximo encontro iniciar o preenchimento do instrumento de avaliação e monitoramento da PNH para plano de ação; Roda de conversa (rede interna) para dia 15/05/2011;

		Estudar o material do Ministério da Saúde sobre como iniciar um Grupo de Trabalho de Humanização.
19 Mai 2011	Discussão sobre a PNH e como implementar a política.	Entregar convites individuais para incluir os que não estão vindo para as rodas; Ficou definido que o coordenador do setor de fisioterapia indicará um profissional da fisioterapia para fazer a ginástica laboral, sendo que a mesma será realizada das 9:00 as 9:30, das 9:30 as 10:00, das 14:00 as 14:30 e das 14:30 as 15:00hs.
26 Mai 2011	Contextualizar o andamento das discussões da PNH desde jan/2011. Ver novas estratégias de fortalecimento do GTH na unidade de saúde. Aplicação do instrumento de avaliação e monitoramento da PNH elaborado pela SESAU.	Formalização do GTH; Próximo encontro interno do grupo dia 07/06/2011; Continuar a responder o questionário na próxima Roda de Conversa com as técnicas de humanização da SESAU. Início do preenchimento do roteiro de perguntas para monitoramento da PNH
31 Mai 2011	Continuação da entrevista com o GTH sobre a Avaliação e Monitoramento da PNH. Discussão sobre a diretriz Ambiência. Melhorar a relação usuário/trabalhador. Acolhimento e Classificação de Risco.	Continuar questionário no próximo encontro.
02 Jun 2011	Discussão de perguntas do roteiro sugerido pela cartilha do “Grupo de Trabalho em Humanização” do MS. “Como é trabalhar em equipe”? “Existem equipes de fato”?	Continuar a responder o questionário de avaliação e monitoramento da PNH no próximo encontro.
09 Jun 2011	Neste encontro trabalhamos a cogestão, onde foram debatidos os seguintes assuntos: colegiado de gestão (negociação, prioridades, investimentos, entre outros), conselho de gestão hospitalar (comissão de acompanhamento das ações), plano diretor de desenvolvimento da gestão, fortalecimento do GTH, contratos de gestão implementados (metas acordadas entre gestores, trabalhadores e usuários), mesas de negociações permanentes paritárias (construção coletiva do Plano de Trabalho). Trabalhadores com maior participação na tomada de decisões. Em relação à defesa dos direitos dos usuários foram discutidas a necessidade de informações visuais e identificação e funcionamento dos serviços, crachás com foto para os trabalhadores, identificação no leito com usuário, cartilhas com serviços disponíveis do hospital para os usuários, visita aberta.	Fazer documento para a Diretoria Geral solicitando um “comunicado interno” normatizando a forma de utilização do prontuário, garantindo que o mesmo não seja retirado do posto de enfermagem; Verificar a possibilidade de ver a elaboração de uma cartilha de serviços do hospital; Continuar a responder o questionário de avaliação e monitoramento da PNH no próximo encontro.
14 Jun 2011	Continuação da entrevista sobre o monitoramento e avaliação da PNH. Direitos dos Usuários do SUS. Em relação a diretriz Clínica Ampliada foram debatidos os seguintes temas: equipes multi-interdisciplinares com plano de ação, visita multidisciplinar integrada nos leitos,	Continuar a responder o questionário de avaliação e monitoramento da PNH no próximo encontro

	necessidade de trabalhadores com domínio sobre os procedimentos e normas de encaminhamento de pacientes para outros serviços, fortalecendo dessa forma a rede, reuniões de equipe regulares para planejamento, projetos terapêuticos elaborados e implementados, prontuário único e com registros regulares, protocolos elaborados para abordagem de problemas mais frequentes, protocolos de referência e contra referência entre média e alta complexidade e atenção básica, protocolos de acompanhamento de doentes terminais, inserção qualificada de trabalhadores na equipe de trabalho proporcionando acolhimento, equipe para investigação de caso junto aos familiares e demais rede social do paciente.	
16 Jun 2011	Continuação da entrevista sobre o monitoramento e avaliação da PNH. Valorização do Trabalho e do Trabalhador. Foi abordado ainda o plano de educação permanente relacionado a saúde no trabalho, sistema de avaliação do trabalhador, incentivos implementados com base em avaliação, premiações para os melhores do ano, escuta resolutiva e gerência de porta aberta, plano de educação permanente com base nos princípios da humanização, programa de formação em saúde e trabalho, projeto de articulação de talentos, percentual de trabalhadores inscritos e concluintes de complementação de instrução profissional, ouvidoria institucional para os trabalhadores com resolutividade. O grupo debateu cada tópico avaliando e fazendo uma análise do que está em funcionamento no hospital e os processos de trabalho que podem ser aperfeiçoados ou programas a serem implantados.	Continuar a responder o questionário de avaliação e monitoramento da PNH no próximo encontro.
14 Jul 2011	Continuação da entrevista sobre o monitoramento e avaliação da PNH. Discussão de protocolos, necessidade de fluxogramas de processos de trabalho. Manual do funcionário e folder de humanização para divulgação da PNH.	Organizar o Dia de Mutirão de Cirurgia. Continuar a responder o questionário de avaliação e monitoramento da PNH no próximo encontro
10 Ago 2011	Continuação da entrevista sobre o monitoramento e avaliação da PNH. Direitos dos usuários do SUS e processos de trabalho.	Ver o que pode ser feito no hospital para melhorar a ambiência, pintura, decoração, etc.; O hospital estará contratando um Técnico em segurança do Trabalho; Término do preenchimento do roteiro de monitoramento da PNH.
25 Ago 2011	Continuação das discussões dos processos de trabalho abordados nos encontros anteriores. Direitos dos usuários do SUS e processos de trabalho.	Estudar o material do Ministério da Saúde sobre PTS e Clínica Ampliada.
29 Set 2011	Apresentação e discussão do Regimento do Setor de Humanização. Formação da Comissão de Eventos.	Sem encaminhamentos.

13 Out 2011	O grupo estudou sobre a formação do GTH e órgão colegiado de acordo com a cartilha do MS, fazendo uma reflexão de como está o GTH do hospital e como podemos fortalecê-lo. O GTH como dispositivo, “não é um fim, é um meio”. É um órgão colegiado representativo de difusão. Pesquisa de levantamento dos pontos críticos propõe agenda de mudanças democratização das informações fluxos de propostas envolvimento com a comunidade.	Fazer o fechamento da comissão de Eventos e encaminhar para aprovação da Diretoria Administrativa e Geral; Sugestão para que pudéssemos assistir a um filme sobre a saúde no próximo encontro; Entrar em contato com a Assessoria de Comunicação, e Hospital Geral de Palmas, para elaboração do jornal do hospital; Agradecimento a presença e ajuda de todos no evento do Dia das Crianças; Elaborar as orientações para os acadêmicos de pedagogia para atuarem nas ações da brinquedoteca.
10 Nov 2011	Construção do Manual de Acolhimento do Trabalhador do hospital. Construção coletiva do Plano de Ação de Humanização e breve contextualização de como iniciou em janeiro de 2011 o trabalho de humanização na unidade de saúde, pontuando algumas ações, entre elas, o acolhimento do trabalhador e a brinquedoteca.	Próximo encontro dia 16/11 às 16:00 hs para discutir a formação da Comissão de Eventos. Dia 17/11 às 9:00 hs o encontro do GTH para a construção do Acolhimento do Trabalhador. O Jornal foi aprovado e será confeccionado pela Assessoria de Comunicação com a ajuda de outros profissionais

Fonte: elaboração própria (2015).

5.1 Resultados da segunda fase da pesquisa

Dos 18 encontros descritos no quadro acima, que possibilitaram a participação de diferentes sujeitos no processo de planejamento e tomada de decisões, 08 foram norteados pelo roteiro de perguntas sobre a avaliação e monitoramento de ações de humanização na unidade de saúde (APÊNDICE B), oferecendo também suporte teórico e metodológico para discussões significativas e a oportunidade de participação social.

As 120 perguntas, baseadas nas diretrizes da PNH, envolvendo os diversos setores e ações de saúde, foram respondidas pelos trabalhadores do hospital, de forma coletiva, e depois foram agrupadas de acordo com as respostas “sim” ou “não”, sendo que também demonstram a grande variedade de ações e atividades de saúde de uma unidade hospitalar, e a complexidade de gerir coletivamente o planejamento e os processos decisórios num campo tão diversificado.

As perguntas que tiveram respostas positivas foram descartadas, pois demonstraram que aquelas ações e processos de trabalho investigados atendiam o nível de satisfação e organização esperados pelo Ministério da Saúde.

As perguntas negativas foram agrupadas em ordem de resposta e de acordo com cada diretriz da PNH, e novamente foram levadas para discussão coletiva, com o intuito de chegar

num consenso de priorização de problemas que seriam trabalhados na Matriz de Intervenção. As marcações em cinza indicam quais foram os problemas priorizados:

➤ **Diretriz: Acolhimento**

- Projeto de acolhimento do trabalhador (capacitação inicial/rotinas e fluxos)
- Recepção do paciente de forma acolhedora e com equipe qualificada
- Equipe multi-interdisciplinar (diálogo/troca de experiências)
- Serviço ágil e resolutivo
- Encontros/reuniões/ rodas de conversa para reflexão das práticas de trabalho
- Espaço adequado para descanso dos trabalhadores próximo ao setor de trabalho
- Refeitório/copa próximo ao local de trabalho

➤ **Diretriz: Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR**

- Trabalhadores com conhecimento sobre a ACCR/diferente de triagem
- Construção do protocolo de ACCR
- Sala de ACCR com Enfermeiro, Técnico em enfermagem, Psicólogos e Assistentes Sociais.

➤ **Diretriz: Ambiência**

- Sala de espera (assentos suficientes/brinquedos e filmes infantis)
- Recepção com espaço suficiente e disposição adequada para movimentação dos trabalhadores e usuários
- Instalações sanitárias para trabalhadores
- EPC (Equipamento de Proteção Coletiva/segurança e higiene)
- EPI's (Equipamento de Proteção Individual para trabalhadores (luvas/óculos/avental, etc.)
- Armazenamento, separação e remoção adequados de resíduos e lixos específicos
- Iluminação natural
- Ambientes livres de odores
- Planejamento em relação à pintura e decoração
- Jardins externos com bancos para trabalhadores e usuários
- Bebedouro na sala multiprofissional

➤ **Diretriz: Cogestão**

- Formar Colegiado de Gestão com plano de trabalho (espaço e negociação, definição de prioridades, investimentos, projetos e avaliação)
- Criar Conselho de Gestão Hospitalar (comissão/participação cidadã – trabalhadores, gestores e usuários) com plano de acompanhamento
- Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão aprovado pelo Colegiado Gestor
- GTH formado com Plano de ação e avaliação de resultados
- Contratos de gestão elaborados para implementação da PNH (metas acordadas/acesso/qualificação/humanização e valorização do trabalho e trabalhador
- Mesas de negociação permanentes paritárias (gestores/trabalhadores) com Plano de Trabalho, Relações de Trabalho e Agenda de Prioridades
- Participação dos trabalhadores no planejamento, decisões, avaliação e implementação das ações

➤ **Diretriz: Defesa dos Direitos do Usuário**

- Identificação dos trabalhadores (crachá com foto)
- Colocar placas no leito com nome do paciente/equipe de referência e data de internação
- Disponibilizar manual com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário
- Visita aberta implementada
- Atendimento escolar para crianças internadas
- Refeitório para pacientes e acompanhantes
- Cardápio e horário de refeições flexibilizados (gosto/cultura)
- Atividades Lúdicas: Jogos coletivos, teatro, biblioteca circulante, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos
- Televisão na observação
- Voluntários (comunidade e trabalho) para desenvolver atividades de serviço educativas, lazer, cultura/projetos/promoção da saúde
- Equipes preparadas/reuniões com familiares e usuários para orientação, informações, esclarecimentos
- Informação ao usuário sobre seu tratamento, procedimentos e custos

➤ **Diretriz: Defesa dos Direitos do Usuário**

- Implementar Ouvidoria Institucional com divulgação, avaliações e resolutividade
- Avaliação interna/externa de satisfação dos usuários e familiares com divulgação e soluções/reclamações

- Processo sistemático para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos com prazo de correções e adequações

- Sala de leitura para os usuários/acompanhantes

➤ **Diretriz: Clínica Ampliada**

- Equipes multi-interdisciplinares com reuniões regulares e plano de trabalho

- Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

- Visita aos leitos multidisciplinar integrada

- Procedimentos e normas de recebimento/informações/encaminhamento de outro serviço (Rede/Protocolos de referência e contra referência)

- Prontuário integrado único (problemas, avaliação médica, enfermagem e outros profissionais, Plano Terapêutico Singular, Plano de Cuidado e evolução)

- Registros regulares nos prontuários

➤ **Diretriz: Valorização do Trabalho e do Trabalhador**

- Estudos sobre fatores de adoecimento/sofrimento relacionado ao trabalho

- Registro de percentual de atestados e licenças comparados ao total de trabalhadores

- Enfrentamento das problemáticas em relação aos atestados e licenças

- Plano de EP com base na PNH/agenda/levantamento de necessidades/divulgação

- Iniciativa de Educação Permanente relacionada à saúde do trabalhador

- Avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de EP

- Avaliação/comissão do trabalhador baseado em metas/desempenho (SESAU - aprimorar)

- Incentivos para trabalhadores baseado no desempenho (premiações/reconhecimento)

- Sistema de escuta resolutiva/divulgação/avaliações de eventos e percentual de participantes (NEP/DGES)

- Eventos Sentinela – vigilância

-Relatórios mensais: revisão de prontuários, mortalidade por grupo de risco, farmacovigilância, hemovigilância, documentação médica, comissão de ética

- Boletins de doenças de notificação compulsória (DNC)

- Estratégias implementação, monitoramento do prontuário integrado

- Manuais de procedimentos e normas sobre a higienização de conhecimento os envolvidos.

5.2 Plano de Intervenção e Ação e o Apoio Institucional

O apoio institucional se mostra de suma importância na implementação da PNH, já que o apoiador tem a função de estimular a criação de espaços coletivos e a capacidade de reflexão e análise, de reconhecer as relações de poder, valorizando os diferentes sujeitos, além de poder desenvolver os conhecimentos necessários para a criação e elaboração de instrumentos de trabalho, com base científica.

A realização da entrevista coletiva sobre a avaliação e monitoramento da PNH e a elaboração da Matriz de Intervenção tiveram suas bases fundamentadas na Teoria da Problematização, conforme já explicado no referencial teórico deste trabalho, materializando-se nas propostas de Carlos Maguerez sobre o Método do Arco: observação e discussão da realidade, identificação dos problemas, teorização à hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Este método de ensino tenta colocar o indivíduo como autor e ator da situação, possibilitando o desenvolvimento de um senso crítico, e capacidade de resolutividade dos problemas, podendo aprender com suas próprias experiências, e com as mudanças por ele realizadas, possibilitando a gestão social.

Observando a sequência lógica da metodologia da pesquisa-ação, segundo Pinto (1989), após as etapas de investigação e tematização, por último vem a fase da programação/ação. A tematização tem o objetivo de reflexão crítica, respeitando a metodologia “conhecer e agir”, onde as informações serão transformadas em plano pedagógico, ou seja, em ação.

Nesta fase são classificados os problemas levantados, em ordem de prioridades, conforme descrito acima, sendo a base de elaboração e planejamento de um programa de ação, execução e avaliação dos mesmos. A população pode utilizar o novo conhecimento adquirido para elaborar sua prática, através da execução de um plano elaborado coletivamente. Este momento representa a ação reflexiva na produção do conhecimento da realidade em confronto com o referencial teórico já elaborado e compreendido.

O Plano de Ação deve transformar-se em instrumento de trabalho a ser utilizado nas fases posteriores da metodologia, sendo que o plano “na dialética do pensamento-conhecimento-práxis, representa um momento essencial, aquele que permitirá fazer da ação uma prática (práxis), que funde e integra teoria e ação” (Pinto, 1989).

Sintetizando o processo de implementação da PNH, na unidade de saúde que é objeto principal deste estudo, faz-se um regaste dos instrumentos metodológicos, pois a pesquisa permite a combinação de vários métodos e técnicas de pesquisa, segundo Marconi e Lakatos (2006), e apresenta três momentos: investigação, tematização e programação/ação, de acordo com Pinto (1989), o que facilitará o entendimento deste processo, conforme descrito no Quadro 07.

Quadro 07: Pesquisa-ação – métodos e técnicas utilizadas neste estudo

Instrumentais metodológicos	
Método: pesquisa de campo	Desenvolvimento do estudo
Pesquisa quantitativo-descritiva. Aplicação de técnicas de coleta e interpretação de dados para obter novos conhecimentos no campo da realidade social (MARCONI; LAKATOS, 2006)	Aplicação de questionário, nas 19 unidades de saúde sob gestão estadual, para investigação sobre os processos e operacionalização da PNH (APÊNDICE A). Aplicação do questionário sobre cidadania deliberativa (APÊNDICE D). Registro, análise e interpretação dos dados
Pesquisa descritiva na forma de estudo de caso, sendo utilizada a entrevista e observações diretas como instrumentos de coleta de dados da própria realidade (YIN, 2005). Pesquisa restrita a indivíduos, famílias, grupos ou comunidade (CERVO; BERVIAN, 2002)	Elaboração do roteiro para entrevista com os trabalhadores da US, baseado nas diretrizes da PNH (APÊNDICE B) e descrição dos fatos observados no processo de implementação da política
Método: Pesquisa-ação e seus requisitos	Desenvolvimento do estudo
Deve nortear todo o processo investigativo. Tem projeto de ação social e busca a solução de problemas coletivos (THIOLLENT, 1985)	Inicia com o projeto de ramificação da PNH na unidade de saúde estudada, inclui todo o processo de implementação da política, respeitando o ciclo de uma política pública
Pesquisador com suporte técnico e metodológico (EGG, 1990). Relação entre conhecimento e ação, e pessoas e sua realidade. Relação entre pesquisador e pessoas envolvidas no estudo, de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 1985). Ampla interação entre pesquisador e pesquisados (EGG, 1990)	Apoiadoras Institucionais da PNH com anos de experiência profissional em saúde pública, com conhecimento de gestão e da linha de cuidado hospitalar. Membros da Gerência de Humanização da SESAU, com estrita relação com a unidade de saúde estudada. Pesquisados e pesquisadores trabalhando no mesmo órgão, porém em organizações diferentes.
O estudo se dá pelo interesse de um grupo ou coletivo (THIOLLENT, 1985)	Equipe de humanização da SESAU e equipe de trabalhadores da unidade de saúde
A pesquisa-ação se aplica as situações e problemas da vida real (THIOLLENT, 1985)	Unidade de saúde pública estudada e o dia a dia dos trabalhadores
Construção de referencial teórico e instrumentos de coleta de dados; interpretação e análise, observação e levantamento das características da população e problemáticas. Identificação dos elementos que compõem o processo. Reflexão crítica respeitando o “conhecer” e “agir” (PINTO, 1989). Observação sistemática de tudo (PINTO, 1989). Não é um simples levantamento de dados (THIOLLENT, 1985)	Elaboração do projeto de ramificação da PNH, que permitiu estudos sobre as diretrizes e dispositivos da política e os processos de trabalho, incluindo o cuidado e a gestão. Elaboração do roteiro e entrevista com os trabalhadores da US, baseado nas diretrizes da política (APÊNDICE B), que foi respondido coletivamente pelos diferentes sujeitos envolvidos. Construção e arquivamento de todas as memórias e registros dos encontros, com as observações pertinentes. Elaboração do questionário de análise da cidadania deliberativa. Utilizado metodologias pedagógicas para incentivar a reflexão-ação.
Técnicas de dinâmica de grupo. Dimensão coletiva e interativa na produção do conhecimento e programação da ação coletiva (THIOLLENT, 1985)	Desenvolvimento do projeto de ramificação e fortalecimento da PNH através dos muitos encontros para a discussão sobre as políticas de saúde e

	formação do GTH. Utilização de dinâmicas de grupo.
Delimitação da área e grupo de prática (PINTO, 1989)	Unidade de saúde pública estudada e formação do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH
Apresentação da proposta aos dirigentes (PINTO, 1989)	Em janeiro de 2011 foi apresentado o Projeto de ramificação e implementação da PNH para os gestores da US estudada
Aumento do conhecimento dos pesquisadores e do nível de consciência e conhecimento dos participantes (THIOLENT, 1985)	Encontros para estudo e discussão conforme Plano de Capilarização da PNH e formação do GTH com discussão dos processos de trabalho
Contribuir para a discussão e avançar o debate sobre as questões abordadas (THIOLENT, 1985)	Encontros do GTH e discussões sobre saúde pública e PNH
Transformação da realidade (EGG, 1990); (THIOLENT, 1985)	A diferença entre o <i>status quo</i> e a situação desejável apresentado na Matriz de Intervenção construída coletivamente na US e a prática das ações de saúde propostas no Plano de ação
Socialização de experiências, conhecimento e vivências da realidade. Comunicação entre iguais para realizar um trabalho conjunto (EGG, 1990)	Diferentes sujeitos discutindo o comum “saúde pública” e os processos de trabalho dentro de um espaço democrático – GTH
Criação de espaços e preparação de grupos estratégicos para participar de modo eficaz. Participação é um “ato pedagógico” necessário para aprender e compreender a realidade (PINTO, 1989)	Oferta de espaço democrático, com formação do GTH e grupos de estudo, para apropriação sobre o SUS e suas políticas pelos diferentes sujeitos envolvidos
Definição de ações, objetivos e obstáculos (THIOLENT, 1985)	Plano de ação de humanização da unidade de saúde
Intervenção na solução de problemas e organizações de ações (THIOLENT, 1985)	Plano de Capilarização e fortalecimento da PNH, Matriz de Intervenção e ação realizadas coletivamente na US. Organização do setor de humanização, elaboração de projetos e protocolos, dentre outras ações de saúde
Definição dos agentes e participação dos envolvidos (EGG, 1990)	Apoiadores Institucionais da PNH, trabalhadores, gestores, usuários do SUS e outros membros da comunidade
Exigência de conhecimento a ser produzido, em função dos problemas, para poder agir. Metodologia do “conhecer” e “agir” (EGG, 1990) Tematização: “conhecer” e “agir”. Informações serão transformadas em plano pedagógico/ação. Ação reflexiva na produção de conhecimento da realidade. Fazer da ação uma prática integrando teoria e ação (PINTO, 1989)	Desenvolvimento do Plano de Capilarização da PNH, Grupos de estudos sobre as políticas do SUS, Matriz de Intervenção com classificação dos problemas levantados. Colocar o Plano de ação em prática, execução e avaliação do mesmo, de forma coletiva.
Construção de matrizes teóricas (PINTO, 1989)	Matrizes do Plano de Intervenção e Plano de ação da US

Fonte: elaboração própria (2015).

Foram utilizadas matrizes para o Plano de Intervenção (APÊNDICE E) e para o Plano de Ação (APÊNDICE F), na tentativa de melhor visualização e entendimento das propostas e ações de humanização, as quais foram planejadas e decididas coletivamente, além de facilitar o acompanhamento e avaliação das mesmas.

5.3 Resultados alcançados

Embora não seja foco deste estudo avaliar a Política Nacional de Humanização demonstrando seus resultados, isso faz-se necessário, pois no questionário de análise da cidadania deliberativa, foram abordados também os critérios “objetivos alcançados” e “aprovação cidadã dos resultados” englobados na categoria “Bem comum” e que serão discutidos posteriormente.

Quadro 08: Resultado do Processo de Implementação da PNH 2011-2016

Ações de saúde	Situação - Dez de 2015
Organização do Setor de Humanização do hospital	Organizado em out/2011 e continua em funcionamento com duas Apoiadoras Institucionais da Política Nacional de Humanização
Elaboração do Regimento do setor Humanização (enviado por endereço eletrônico para Diretorias/SESAU/Pró-Saúde/MS em 29/12/2011)	Regimento de Humanização elaborado pelo Setor, e revisto pelo Setor de Qualidade, aprovado pela Diretoria, e em vigência.
Elaboração do Plano e Matriz de Intervenção coletivamente (enviado por endereço eletrônico para Diretorias/SESAU/Pró-Saúde/MS em 29/12/2011)	Informações do Plano de Intervenção elencados e priorizados no Plano de Ação
Elaboração do Plano de Ação coletivamente (enviado por endereço eletrônico para Diretorias/SESAU/Pró-Saúde/MS em 29/12/2011)	Diretrizes e dispositivos sendo trabalhados conforme o Plano e conforme disposição dos atores envolvidos
Encontros semanais/quinzenais do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) aconteceram de 2011 a 2013	Sem corresponsabilização dos atores envolvidos e sem espaço físico disponível para os encontros. Um período de desconstrução para uma possível construção futura. Necessidade de maior apropriação dos trabalhadores sobre as políticas públicas em saúde, ou interesse por parte dos mesmos
Grupos de Estudo semanais/quinzenais sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) aconteceram de 2011 a 2012	Sem corresponsabilização dos atores envolvidos, e sem espaço físico disponível para os encontros em 2014. Um período de desconstrução para uma possível construção futura
Roda de Conversa nos setores mediada pelos coordenadores/ gerentes (autonomia/ protagonismo e corresponsabilidade dos trabalhadores do SUS)	Para viabilizar esta proposta é necessário um maior interesse e apropriação dos gerentes e coordenadores sobre as políticas do SUS
Manual do Usuário do hospital concluído coletivamente e enviado por endereço eletrônico para Diretorias/SESAU/Pró-Saúde/MS em 29/12/2011.	O Setor de Humanização conseguiu em parceria com a SESAU a impressão de 1.000 manuais para o ano de 2014. Impressão para 2016 foi sugerida nas ações do Plano Plurianual pela SESAU, mas ainda não houve confirmação se haverá recursos financeiros disponíveis
Elaboração dos Cartazes de Divulgação da PNH com solicitação para impressão dos mesmos (enviado por endereço eletrônico para Diretorias/Pró-Saúde/MS em 29/12/2011).	Cartazes impressos pelo Setor de Humanização na impressora do Setor de Administração ou logística e divulgados periodicamente nos diversos murais do hospital (setores e corredores). Em 2014 foi descontinuado.
Solicitação de folders da PNH (Modelo do MS) para SESAU e Pró-Saúde em 03/11/2011).	Folders não fornecidos. Foram reutilizados os folders que sobraram do Seminário de Humanização realizado pela SESAU e os mesmos foram disponibilizados aos usuários no decorrer de 2013. Em 2014 foram distribuídas cartilhas do MS sobre a PNH

Preenchimento dos formulários de Levantamento de Necessidades de Treinamento Solicitado pelo NEP (Cursos: Trabalho em Equipe e Clínica Ampliada; Qualidade de Vida no Ambiente de Trabalho; Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco)	Não houve entendimento da DGES que o curso fosse demanda da Política Nacional de Humanização, contrariando a própria área técnica da SESAU responsável pela PNH que articula assuntos pertinentes aos protocolos e ACCR
Início das discussões no GTH para colocação das placas nos leitos Jan/2012 para maior segurança do paciente	Concluído
Entrega de 50 cartilhas sobre a PNH para trabalhadores e Gestores na tentativa de que haja maior conhecimento desta política	Necessidade de outras estratégias visto que não há interesse por parte da maioria dos trabalhadores em buscar conhecimento sobre as próprias políticas de saúde do SUS, o que dificulta os processos de trabalho coletivos
A Comissão de Eventos para organizar a comemoração de datas especiais. (Natal, Páscoa, Dia das Crianças, Festa Junina, Datas das Categorias profissionais, etc.) foi proposta em Nov/2011 no Grupo de Trabalho de Humanização e somente formalizada em 2013	A Comissão foi extinta no mesmo ano na reunião de 24/10/2013 (conforme registrado em memória)
Confecção de Máscaras de Coelhoinho, Sacolas de TNT customizadas, Gorro Natalino, Projeto de Natal - Oficinas de decoração natalina sustentável, decoração festa junina, entre outros desde dez de 2011 a out de 2014	Na reunião de 24/10/2014 quando a Comissão de Eventos foi extinta, o Setor de Humanização comunicou que não ficaria mais responsável por estas atividades
Implantação da Visita Aberta do MS como um Direito do usuário do SUS	Foi discutida em várias reuniões, conforme registros desde Nov/2011 e nunca foi implantada. Percebe-se que não há um entendimento por parte dos gestores da importância do paciente manter seu vínculo social
Implementar as atividades da brinquedoteca com estagiários/voluntários	Em discussão desde 2012. Não há interesse e compreensão por parte dos trabalhadores e nem conhecimento das políticas de educação e humanização do SUS
Atendimento Escolar para crianças internadas	Em discussão desde 2012. Não há interesse e compreensão por parte dos trabalhadores e nem conhecimento das políticas de educação e humanização do SUS
Projeto e implantação do Serviço Voluntário e Desenvolvimento de Atividades Religiosas	Em funcionamento desde 17/07/2012 com 18 voluntários sendo acompanhados pelo Setor de Humanização
Reuniões de Orientação aos acompanhantes e familiares (CCIH e Serviço Social)	Discutido em reunião várias vezes, mas nunca foi efetivado
Oficinas de alimentação Alternativa (Mesa Brasil SESC). Proposta da Diretoria	Discutir proposta
Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) Enviado, em 2013, para Diretoria Geral e Administrativa para ser publicado em diário Oficial	Proposto no Plano de Humanização do Hospital em Nov/2011 conforme preconiza a PNH. Discutido e elaborado coletivamente em várias reuniões, revisado pelo diretor Técnico e pela diretora Clínica e concluído em 15/03/2013. Apresentado para áreas técnicas da SESAU e SEMUS e HMDR e HGP no auditório do Anexo I (Todo o processo está registrado e arquivado, com memórias e registro de presença). Até a presente data não foi publicado. Pois se publicado, servirá de documento para o Ministério Público e outros órgãos afins para corresponsabilizar os trabalhadores caso não cumpram o que está no protocolo. Não há interesse e nem comprometimento
Elaboração do Protocolo de Atendimento Integral à Criança em Situação de Violência	Início do Protocolo da Violência em 24/Abr/2012. Discutido em inúmeros encontros com toda a equipe

Enviado, em 2013, para Diretoria Geral e Administrativa do HIPP para ser publicado em diário Oficial	envolvida, conforme registros em memória e presença. Revisado pelo Diretor Técnico e pela Diretora Clínica. Concluído em 11/04/2013. Até a presente data não foi publicado. Até a presente data não foi publicado. Pois se publicado, servirá de documento para o Ministério Público e outros órgãos afins para corresponsabilizar os trabalhadores caso não cumpram o que está no protocolo. Não há interesse e nem comprometimento
Capacitação de ACCR (131 participantes)	Teve início em Jun/2013 com a participação de 131 trabalhadores do hospital. Segundo o MS todos os trabalhadores precisam estar cientes do Protocolo e as equipes técnicas precisam estar preparadas. Até o final de 2014 não havia sido dado continuidade.
Capacitação do Protocolo da Violência	O Protocolo foi concluído em 11/04/2013 e até dez de 2014 não ocorreram as capacitações. Núcleo de Educação Permanente é responsável pela articulação de cursos e capacitações
Implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	Iniciou-se a implantação em 2013 em paralelo ao início do curso de ACCR sob a coordenação da Enfermagem. Não houve continuidade e nem acompanhamento do processo até o presente momento
Implantação do Protocolo de Atendimento à Criança em Situação de violência	Protocolo concluído em 11/04/2013. As equipes precisam ser capacitadas.
Implementar a Saúde do Trabalhador – Necessidade de trabalho em parceria	Equipe implementada e apresentou-se mais flexível ao trabalho coletivo em 2014.
Oferecer um serviço de Psicologia e Serviço Social ao trabalhador do hospital	Discutido em reuniões desde Nov/2011, mas sem viabilidade. Não há interesse por parte dos gestores.
Implementar a Ginástica Laboral	Conforme informado pelo coordenador do Setor de Fisioterapia no dia 18/11/2014 a ginástica laboral está funcionando regularmente e em planejamento para que haja continuidade em 2015
Parcerias com Academias para melhorar a Saúde do Trabalhador	Parcerias fechadas
Projeto de Acolhimento ao Novo Trabalhador	Discutido em várias reuniões. Precisa ser rediscutido
Implementar o Serviço de Ouvidoria	Segundo informado pelo setor responsável do hospital, no dia 18/11/2014, o Setor de Ouvidoria está funcionando bem, sendo que apresentou uma diminuição nas demandas
Avaliação e pesquisa de satisfação dos usuários (SESAU)	Segundo informado pelo setor responsável, no dia 18/11/2014, foi realizada uma pesquisa este ano e está aguardando a manipulação dos dados para gerar as informações necessárias
Organização do Grupo Cogestor	Há necessidade de sustentabilidade do GTH para evoluir para um grupo cogestor. Não há interesse de ambas as partes – trabalhadores e gestores
Mesas de negociação/pactuações	Há necessidade de sustentabilidade do GTH para pactuações junto à gestão, já que esta não tem interesse
Participação no Grupo de Trabalho de Humanização Ampliado (GTHA) da SESAU	Não houve encontros do GTHA em 2014. A própria secretaria descontinuou os encontros do grupo. Como ter apoio da SESAU para efetivar um GTH no hospital?
Participação no Grupo de Trabalho de Humanização Focal da SESAU	Não houve encontros do GTHA em 2014. A própria secretaria descontinuou os encontros do grupo. Como ter apoio da SESAU para efetivar um GF no hospital?
Divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários nas enfermarias	Necessidade de impressão gráfica, gestores alegam falta de recursos

Organização da rede interna e externa (reunião de pactuações do ACCR)	Rede externa pactuada conforme registro de reuniões
Clínica Ampliada/Projeto Terapêutico Singular	Há necessidade de maior apropriação científica e técnica pelos trabalhadores sobre as diretrizes e dispositivos da PNH
Plano de trabalho/Plano de Ação dos setores do hospital estabelecido com os trabalhadores	Foi proposto em reunião, mas não houve interesse da maioria dos setores. Repassado para o Setor da Qualidade pela Diretoria
Plano de Educação Permanente estabelecido com os trabalhadores como preconizado pela humanização	Não existe. Para se discutir futuramente, quando houver interesse
Projeto de Ambiência (Área de lazer e Jardinagem)	Finalizou com proposta diferente da original, não há condições financeiras de viabilizar o projeto
Revisão do texto do Monitor da Recepção, conforme orientação das diretrizes da PNH (Enviado por endereço eletrônico para Diretoria Geral)	Foram realizadas modificações, nos textos informativos, à luz da PNH, enfatizando a clareza e objetividade das informações para os usuários. O monitor foi retirado da recepção. Sem efetividade.
Parcerias com editoras de Palmas e outras regiões para Doação de 60 livros infantis, incentivando a leitura e o aprendizado contínuo	Entrega dos livros às crianças a ser realizada
Parceria para doação das tintas para pintura interna e externa do hospital com a empresa BASF - Suvinil	O projeto elaborado esperou pela assinatura do Diretor Geral do hospital por seis meses, quando foi encaminhado a BASF/SA, a empresa afirmou que não seria mais possível a parceria naquele momento
Formação da Comissão do Núcleo de Gestão de Qualidade, Risco Hospitalar e Segurança do Paciente do hospital	Iniciado em 2012 e sem continuidade até a presente data
Ambiência - Projeto de revitalização da área de lazer/enviado por endereço eletrônico para Diretoria Geral que o enviou para avaliação de empresas externas	Sem retorno até o momento
Reuniões Administrativas e de planejamento com a equipe de humanização da SESAU	Aguardando retorno de ações que foram discutidas
Participação em cursos ofertados pela SESAU	Uma apoiadora do hospital participou da Oficina de acolhimento em rede, nos dias 05 a 09 de maio de 2014, das 08 às 12 e das 14 às 18 horas
Exposição de dois banners com as ações realizadas pelo Setor de Humanização do hospital na Semana de Humanização da SESAU, com verba da SESAU	Concluído. Houve interesse da SESAU devido a outras demandas internas.

Fonte: elaboração própria (2016).

Quando comparados os resultados alcançados, com as ações de saúde que foram priorizadas pelo coletivo, e que constam no Plano de Ação, é possível verificar que nem tudo o que foi elencado como prioridade foi realizado, e algumas ações que não constavam no planejamento foram desenvolvidas, conforme pode-se observar no quadro acima.

Diante do ocorrido, constata-se então, que houve flexibilidade em relação ao que foi decidido e planejado inicialmente, devido à dificuldade de gerenciar uma unidade de saúde de média e alta complexidade, onde inúmeros fatores tendem a influenciar a produção em saúde.

6 ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNH NA PERSPECTIVA DA GESTÃO SOCIAL

Transformar um problema público em política governamental, e colocá-la em ação é um grande desafio. A Política Nacional de Humanização em Saúde é extremamente peculiar devido a sua complexidade e abrangência, visto que para cada diretriz trabalhada existe um amplo conjunto de ações a serem executadas, conforme descrito no Plano de Ação de Humanização (APÊNDICE F).

Analisar a implementação da PNH, sob a perspectiva da Gestão Social, torna-se algo interessante, visto a importância da dimensão sociopolítica, que “compreende problemas situados no âmago das relações entre Estado e sociedade, envolvendo os direitos dos cidadãos e sua participação na gestão pública” (PAES-DE-PAULA, 2005, p. 21), considerando as diretrizes e dispositivos da PNH, e os princípios e características da Gestão Social, conforme desenho abaixo.

As diretrizes orientam a PNH, expressando o método da inclusão, nos seguintes sentidos: “Clínica ampliada; Cogestão; Acolhimento, Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupalidades, Coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo” (BRASIL, 2010a, p. 25).

Em contraponto ao modelo gerencial, a Gestão Social, com foco na *cidadania deliberativa*, então, por sua vez, entende que a legitimidade das decisões “deve ter origem em *processos de discussão*, orientados pelos princípios da *inclusão*, do *pluralismo*, da *igualdade participativa*, da *autonomia* e do *bem comum*” (Tenório *apud* Schommer e França Filho, 2008). Estes seis princípios ou categorias que fundamentam a cidadania deliberativa foram divididos em 21 critérios de análise, conforme sintetizado no Quadro 09.

Para averiguar a existência ou não desses princípios nas organizações em relação à Gestão Social, com foco na *cidadania deliberativa*, os critérios devem ser utilizados no processo de análise.

Para a análise da implementação da Política Nacional de Humanização, sob a perspectiva da Gestão Social, foram aplicados 20 questionários aos participantes do Grupo de Trabalho de Humanização, que tiveram mais de cinco participações nos encontros, e outros 02 questionários foram respondidos pelas apoiadoras institucionais.

As perguntas foram baseadas nos critérios de *cidadania deliberativa* (APÊNDICE D), sendo utilizada a escala de Likert com o objetivo de conhecer a opinião dos participantes

do GTH, calculando-se a moda, permitindo agregar o maior número de respostas concordantes em determinado assunto, ou seja, a tendência de concentração em torno dos valores utilizados. Para se obter os dados ordinais, e não de intervalo, neste caso, as respostas foram codificadas da seguinte forma: nunca=0; raramente=1; às vezes=2; repetidamente=3 e sempre=4. As escalas ordinais são usadas em pesquisa sempre que se deseja obter ordenamento de preferências, opiniões, atitudes e percepções da pesquisa. Essa técnica também tem sido largamente usada na Psicologia e na Sociologia. (CHISNALL, 1973, p.172).

Utilizando-se, ainda da Estatística, foi calculada a média de cada um dos 21 critérios de análise da cidadania deliberativa, a média geral dos mesmos e a média dos critérios dentro de cada categoria, sendo que os resultados podem ser visualizados no Quadro 09.

Quadro 09 - Critérios de análise da cidadania deliberativa

Categorias	Critérios	*Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre	Média**	
Processo de Discussão	Canais de difusão	0	0	5	30	65	3,6	2,57
	Qualidade da Informação	0	0	10	60	30	3,2	
	Espaços de transversalidade	0	0	35	50	15	2,8	
	Pluralidade do grupo	0	0	30	45	25	2,95	
	Órgãos existentes	25	25	45	5	0	1,3	
	Órgão de acompanhamento	5	10	55	25	5	2,15	
	Relação com outros grupos participativos	10	25	20	40	5	2,05	
Inclusão	Abertura dos espaços de decisão	0	0	25	60	15	2,9	2,96
	Aceitação social, política e técnica	0	0	15	50	35	3,2	
	Valorização cidadã	0	5	25	55	15	2,8	
Pluralismo	Participação dos diferentes atores	5	0	30	50	15	2,7	1,87
	Perfil dos atores	40	30	15	15	0	1,05	
Igualdade Participativa	Forma de escolha dos representantes	5	5	20	55	15	2,7	2,58
	Discursos dos representantes	5	20	50	15	10	2,05	
	Avaliação participativa	0	10	20	30	40	3	
Autonomia	Origem das proposições	0	15	60	20	5	2,15	2,21
	Alçada dos atores	0	5	30	50	15	2,75	

Categorias	Crítérios	*Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre	Média**	
Autonomia	Perfil da liderança	5	10	65	10	10	2,1	
	Possibilidade de exercer a própria vontade	0	25	65	10	0	1,85	
Bem Comum	Objetivos alcançados	0	30	60	5	5	1,85	2,02
	Aprovação cidadã dos resultados	0	5	70	25	0	2,2	
Média							2,45	

* Dados relativos. ** Os valores equivalentes para as respostas são: Nunca= 0; Raramente = 1; Às vezes=2; Repetidamente=3 e Sempre=4.

Fonte: elaboração própria.

Conhecendo a opinião dos entrevistados, é possível, então, analisar suas percepções sobre o processo de implementação da PNH, em relação aos critérios de *cidadania deliberativa*, podendo-se cruzar as informações com as propostas da Gestão Social e da própria política de humanização, utilizando-se uma escala de valor de zero a quatro. A média de cada critério de análise *da cidadania deliberativa* foi representada utilizando-se o gráfico radar, que permite agregar os 21 critérios possibilitando uma melhor visualização.

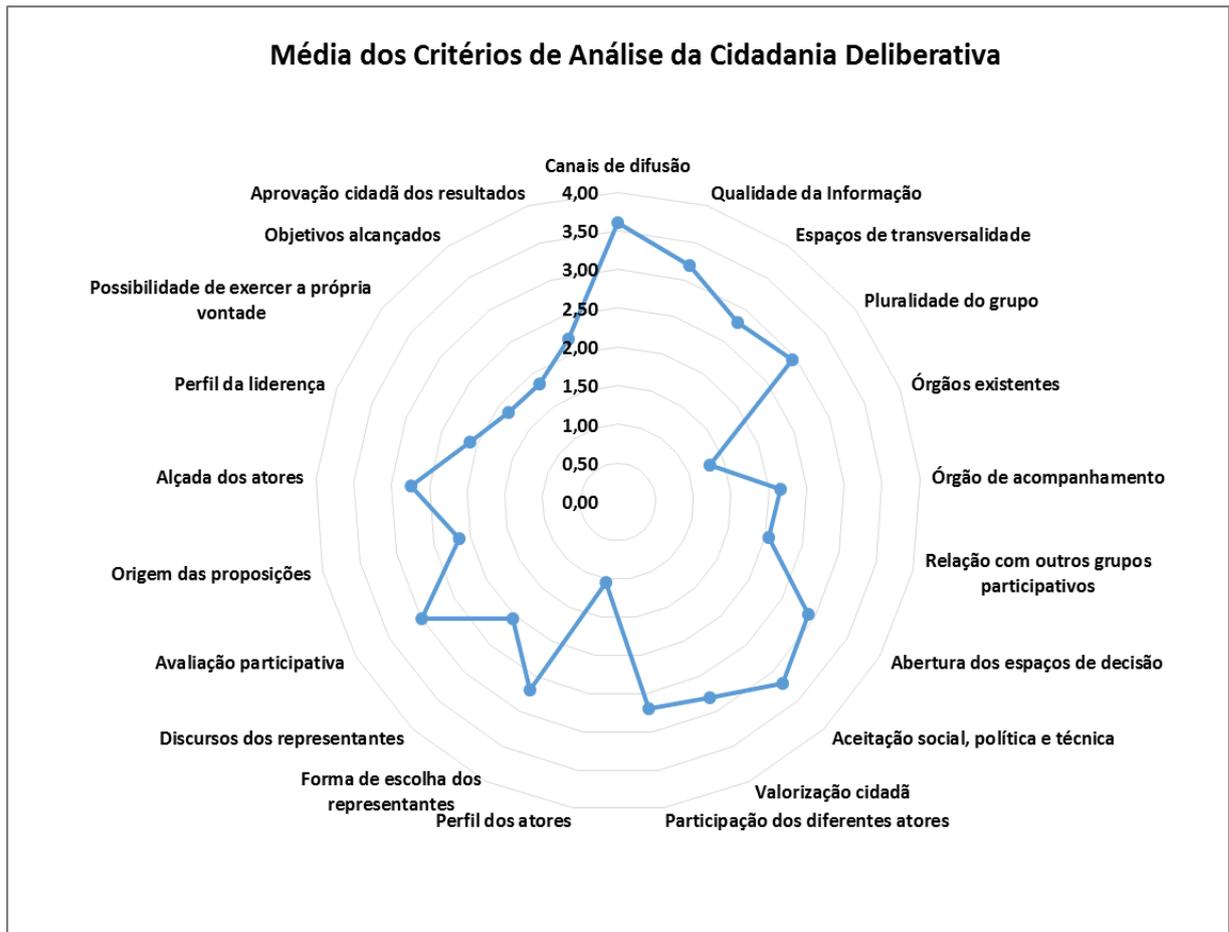


Gráfico 12: Média dos Critérios de análise da cidadania deliberativa
Fonte: Pesquisa (2016)

Percebe-se, como demonstrado na imagem acima, que na categoria *processo de discussão*, o critério referente aos *canais de difusão* numa escala de valor de zero a quatro, obteve uma média de 3,6 ficando bem acima da média geral dos critérios de 2,45 e da média da categoria de 2,57. Considerando que 95% dos membros do Grupo de Trabalho de Humanização pesquisados afirmaram que “repetidamente” ou “sempre” foram convidados a participar do GTH, tendo a concordância das apoiadoras institucionais nesses percentuais de respostas, pode-se considerar uma resposta positiva, no sentido de que foi a primeira vez que a unidade de saúde ofertou convite aos trabalhadores para participarem de um espaço democrático, indicando que houve *transparência* e *inteligibilidade*, características importantes da Gestão Social.

Em relação à *qualidade da informação*, critério estritamente ligado a *canais de difusão*, 90% dos pesquisados afirmaram ser “boa” ou “muito boa”, em relação ao convite para participar do GTH. As apoiadoras da PNH são unânimes em afirmar que a qualidade era “muito boa”, sendo inclusive utilizados de dois a três meios de comunicação, tendo uma

média considerável de 3,2 estando acima da média geral de avaliação, podendo-se afirmar que houve um nível satisfatório de *transparência e inteligibilidade*.

O critério *espaços de transversalidade* teve uma média de 2,8 na avaliação, valor significativo quando levamos em consideração as características de *dialogicidade* e *entendimento* da Gestão Social. Na pesquisa 65% dos participantes, de sete setores diferentes, afirmaram que, “repetidamente” ou “sempre”, se sentiram pertencentes ou integrados ao GTH durante os processos de discussão, 35% afirmaram que “às vezes” se sentiram integrados. As apoiadoras institucionais afirmaram que “sempre” se sentiram integradas ou pertencentes ao GTH, talvez por estarem apropriadas sobre os conceitos, diretrizes e dispositivos da PNH, considerando que o conhecimento favorece a participação, conforme afirma Bordenave (1994). É importante ressaltar aqui, que houve integração dos trabalhadores, de setores diferentes, para discutir processos de trabalho e prestação de serviços de saúde humanizados, fato que só ocorreu na unidade de saúde, após o início de implementação da PNH.

No critério *pluralidade* do grupo gestor, o valor da média de 2,95 em relação à média geral, se mostra satisfatório, quando se analisa *a tomada de decisão coletiva sem coerção*, a cogestão e a *inclusão* de todos os diferentes sujeitos, atendendo as características da Gestão Social, inclusive a *dialogicidade*. Entre os membros do GTH pesquisados, 100% afirmaram que houve compartilhamento de responsabilidades de liderança “repetidamente”, “sempre” ou “às vezes”, o que concordam as apoiadoras, o que pressupõe igualdade de direitos e entendimento entre os atores sociais envolvidos.

Quando perguntado sobre o critério *órgãos existentes*, e se a unidade de saúde pesquisada havia ofertado espaços democráticos antes da formação do GTH, a média de 1,3 fica abaixo da média geral e da média da categoria *processos de discussão*. Dos respondentes, 95% afirmaram que “nunca”, “raramente” ou “às vezes” era ofertado na unidade de saúde espaços democráticos. As respostas “raramente” ou “às vezes”, faz com que o analista questione alguns pontos importantes. Quem respondeu o questionário, participou durante quatro anos, do GTH e vivenciou, pelo menos em tese, o que pode ser um espaço com poderes, planejamento e decisões compartilhados, considerando que não há nenhum histórico da existência de espaços com características democráticas, na unidade de saúde, antes da formação do GTH, pergunta-se: As pessoas compreendem realmente o conceito de democracia? Durante quatro anos não foi possível perceber a diferença? Ou não houve diferença? Se afirmaram ter espaços democráticos antes do GTH, o que não ocorreu de fato, qual a intenção das respostas dadas? Daí a importância do pesquisador, segundo Thiollent

(1985), ter noção da relação entre conhecimento e ação, além da importância de conhecer os pesquisados e sua realidade.

Em relação ao critério *órgãos de acompanhamento* - SESAU, no processo de implementação da PNH e formação do GTH, garantindo a coerência e a fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa, teve uma média de 2,15. Esta média fica abaixo da média geral dos critérios e da média da categoria, e observa-se que 70% afirmaram que a SESAU acompanhou o processo de implementação da PNH “às vezes”, “raramente” ou “nunca”. As apoiadoras, por terem contato direto com a SESAU, concordam com este resultado, entendendo que a secretaria estadual não contribuiu de forma significativa durante o processo de implementação da PNH.

No critério *relação com outros processos participativos* existentes na região, a média foi de 2,05 ficando também abaixo das médias geral e da categoria *processos de discussão*, sendo que 55% dos membros do GTH concordaram que “às vezes”, “raramente” ou “nunca” houve interação com grupos de trabalhadores de outras unidades ou órgãos de saúde. Possivelmente estes membros, podem ter faltado quando ocorreram esses encontros, ou não tiveram um entendimento adequado do que estava acontecendo, pois 45% afirmam que houve interação “repetidamente” ou “sempre”, e segundo as apoiadoras institucionais da PNH, os encontros ocorreram e foram registrados. Encerrando a categoria *processos de discussão*, conclui-se que os critérios *canais de difusão*, juntamente com *qualidade da informação* e *pluralidade do grupo gestor* tiveram resultado satisfatório, considerando as características da Gestão Social.

Na categoria *inclusão*, em resposta à pergunta, se o GTH possibilitou a participação de todos os envolvidos na *tomada de decisão*, critério importante da *cidadania deliberativa*, 75% afirmaram que “sempre” e “repetidamente”, e 25% “às vezes”. Importante salientar que “raramente” ou “nunca” não apareceram como resposta. Esta informação é importante, pois 100% dos participantes concordam que houve oportunidade de participação, no que concordam também, as apoiadoras. Os 25% devem ser considerados, segundo as apoiadoras, pois pode indicar domínio de falas de alguns, inibição pela presença dos diretores, entre outros. Para um GTH principiante, a média de 2,9 neste critério é significativa, considerando a importância da *inclusão nos processos de planejamento e decisão*.

Importante questionar, de que forma de participação e inclusão está-se falando? Como deve ser a dinâmica do grupo, e de que maneira devem ser trabalhados os processos democráticos para que as pessoas percebam o que está acontecendo? Ou está acontecendo e elas não estão percebendo, ou elas estão percebendo que não está acontecendo?

Quando da análise as respostas em relação ao critério *aceitação social, política e técnica*, a média fica em torno de 3,2. Os resultados demonstram que 85% responderam que “repetidamente” ou “sempre” se sentiram incluídos, concordando as apoiadoras, e 15% “às vezes”. Por que não sentiram incluídos sempre? O que faltou ao grupo ou aos indivíduos?

Em relação ao critério *valorização cidadã*, foi perguntado aos participantes do GTH, se eles consideravam que suas falas e colocações eram relevantes e valorizadas pelos outros integrantes do grupo, obtendo este critério uma média de 2,8. Dos pesquisados, 70% afirmaram que “repetidamente” ou “sempre” eram valorizados e 25% “às vezes”. *A tomada de decisão coletiva* é uma característica importante da Gestão Social, então os 25% que consideram que suas falas e colocações “nem sempre” eram valorizadas, podem ser os mesmos que afirmaram que “nem sempre” foi oportunizada a participação? Questiona-se então: Nem sempre foi oportunizado? Ou deixaram de participar porque não eram valorizados? As apoiadoras concordam com a maioria dos pesquisados.

Dentro da categoria *inclusão*, todos os critérios ficam acima da média geral ou próximos ou acima da média da categoria, atendendo, dessa forma, as características da Gestão Social em relação à *tomada de decisão coletiva sem coerção, transparência, inteligibilidade e dialogicidade*.

Na categoria *pluralismo*, onde diferentes atores devem estar envolvidos na *tomada de decisão*, foi perguntado, se o GTH buscou estabelecer parcerias com outras unidades de saúde e com cidadãos não organizados. A média está representada por 2,7 ficando acima da média geral dos critérios de análise da *cidadania deliberativa* e da categoria, sendo que 95% afirmaram que “repetidamente”, “sempre” ou “às vezes” buscou-se parcerias. Uma das apoiadoras concorda com a maioria. Está informação se contradiz, quando comparada com os 55% dos membros do GTH que concordam que “às vezes”, “raramente” ou “nunca” houve interação com grupos de trabalhadores de outras unidades ou órgãos de saúde.

Dentro da categoria *pluralismo*, há um dilema que dificulta a atuação de diferentes atores no processo de decisão nas políticas públicas, pois enquanto, a média de participação destes atores é de 2,7 o perfil deles tem uma tendência negativa, pois considerando o critério *perfil dos atores*, a média é de 1,05. Esta margem fica abaixo da média geral dos critérios e da média da categoria. Não é uma boa informação considerando a importância de participação de qualidade, prejudicando de certa forma, *a tomada de decisão coletiva sem coerção*.

Responderam que “nunca” participaram de processos decisórios democráticos 40% dos pesquisados e 45% “raramente” ou “às vezes” participaram. Agrupando as respostas “nunca”, “raramente” ou “às vezes”, este percentual se aproxima do das respostas do critério

órgãos existentes, onde 95% dos pesquisados afirmaram não ter participado de processos democráticos “repetidamente” ou “sempre”, não tendo, portanto, experiências de compartilhamentos coletivos, o que, de certa forma, dificultou a implementação da PNH e a estabilidade do GTH, com questionamentos, debates e posicionamentos totalmente alheios aos princípios e diretrizes da política de humanização, dificultando o processo de *tomada de decisão coletiva sem coerção*.

Abordando a categoria *igualdade participativa*, 90% responderam que durante os encontros do GTH foi oportunizado aos integrantes desenvolverem alguma tarefa de liderança “repetidamente”, “sempre” ou “às vezes”. Esse dado de 90% fica um pouco abaixo do percentual do critério *pluralidade do grupo promotor*, onde 100% afirmaram ter percebido que houve compartilhamento de liderança, oportunizando a participação de todos nessas tarefas.

Em relação ao critério *discursos dos representantes*, quando questionado aos membros do GTH, se os diretores da unidade de saúde valorizam espaços e processos participativos, 25% afirmaram que eles valorizam “repetidamente” ou “sempre”, 50% “às vezes”, e 25% responderam que “raramente” ou “nunca”.

No critério *avaliação participativa* 70% afirmaram que, em sua percepção, os integrantes do GTH, “repetidamente” ou “sempre”, tiveram a oportunidade de intervir, construir, acompanhar e avaliar as ações de saúde conforme planejamento do grupo, e 20% responderam que isso foi possível “às vezes”. As duas apoiadoras concordam, em parte, com os 20%, e reconhecem que houve falhas, principalmente nas fases de acompanhamento e avaliação, onde nem sempre, os membros do GTH tiveram acesso às informações.

Em relação à categoria *igualdade participativa*, a média de 2,7 para *forma de escolha dos representantes*, 2,05 para os *discursos dos representantes* e de 3 para a *avaliação participativa*, demonstra que houve, de modo geral, dentro desta categoria, desenvolvimento destes critérios, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. Apenas o critério *discurso dos representantes* em relação à valorização de processos participativos fica abaixo das médias geral e da categoria, e por ser um critério importante acaba influenciando os outros dois critérios, que poderiam ter melhor desempenho, e atender de forma mais satisfatória as características da Gestão Social na *tomada de decisão coletiva sem coerção, transparência, inteligibilidade e entendimento*.

Na categoria *autonomia*, o critério *origem das proposições* apresenta uma média de 2,15. *Alçada dos atores* 2,75. *Perfil de liderança* 2,1 e *possibilidade de exercer a própria vontade* fica em 1,81. Todos, com exceção da *alçada dos atores*, ficam abaixo da média geral

e da média da categoria. Este fato demonstra que as características e perspectivas da Gestão Social não são extremamente satisfeitas, dificultando a *possibilidade de exercício da vontade* política individual e coletiva e a *tomada de decisão sem coerção*, características da Gestão Social.

Quando do critério *origem das proposições*, na categoria *autonomia*, 60% afirmaram que os trabalhadores do hospital, de modo geral, “às vezes”, tinham interesse em colaborar na implementação da PNH e 25% “repetidamente” ou “sempre” participavam. Na análise das apoiadoras, houve pouco interesse, por parte dos trabalhadores do hospital, de modo geral, em colaborar com a implementação da PNH, não havendo comprometimento e corresponsabilização com o que foi planejado pelo coletivo, e os trabalhadores mostraram-se pouco preparados para exercerem *autonomia* e protagonismo.

Em relação ao critério *alçada dos atores*, 65% dos membros do GTH, se consideravam participantes atuantes, “repetidamente” ou “sempre”, na implementação da PNH e nas discussões dos processos de trabalho, e 30% responderem que eram atuantes “às vezes”. As apoiadoras concordam com a resposta dos 65%, mas questionam sobre o que é ser um membro atuante no GTH? São somente falas, debates, ações isoladas, ou um conjunto de fatores, que contribui de forma significativa no processo?

Interessante ressaltar, que na categoria *autonomia*, 70% dos membros do GTH responderam que os integrantes deste grupo tiveram oportunidade de intervir, acompanhar e avaliar as ações de saúde, e que 65% deles se consideraram atuantes na implementação da PNH, e 60% afirmaram que os demais trabalhadores do hospital, “às vezes”, tinham interesse em colaborar com a política de humanização.

Quando perguntado ao GTH, se os diretores da unidade de saúde apoiavam a descentralização do processo de decisão e execução das ações de saúde, 65% responderam que “às vezes” houve apoio da gestão e 20% “repetidamente” ou “sempre”. As apoiadoras afirmam, que raramente houve apoio da gestão, dificultando a autonomia dos sujeitos, o processo decisório e a conclusão de projetos importantes que atendiam as diretrizes da PNH.

Interessante analisar que estes dados sobre o apoio da gestão, se aproximam dos percentuais do critério *discurso dos representantes*, onde 50% responderam que “às vezes” os diretores valorizavam espaços e processos participativos, e 25% afirmaram que “raramente” ou “nunca” isso acontecia. É interessante observar que o critério *discurso dos representantes* ficou com uma média de 2,05 estando muito próximo ao *perfil da liderança* com média de 2,1. Estes dois critérios influenciam na possibilidade de *exercício da vontade própria*, individual ou coletiva, que teve média de 1,8. Estes resultados representam uma gestão ainda

centralizadora, dificultando a autonomia e igualdade participativa em relação à *tomada de decisão coletiva sem coerção, transparência, inteligibilidade e entendimento*.

E no último critério da categoria *autonomia*, foi questionado aos participantes do GTH, se as normas e procedimentos da unidade de saúde, permitiam a *possibilidade de exercício da vontade própria* do trabalhador, sendo que 90% afirmaram que somente “às vezes” ou “raramente” sua vontade prevalecia, e somente 10% responderam que “repetidamente” prevalecia a vontade do trabalhador. As apoiadoras confirmam, que “raramente”, os trabalhadores tiveram voz de fato!

O *bem comum*, ou seja, o bem-estar social alcançado através de processos democráticos, última categoria da *cidadania deliberativa* apresenta os critérios *objetivos alcançados e aprovação cidadã dos resultados*, ficando respectivamente com médias 1,85 e 2,2 ambas abaixo da média geral. Estes dados demonstram que muitas ações de saúde, embora tenham sido planejadas coletivamente pelos membros do GTH, não atingiram os objetivos esperados, o que também é reafirmado pela média da aprovação cidadã dos resultados.

As apoiadoras institucionais concordam com esta informação e embora sejam critérios importantes, os resultados aqui apresentados, não atendem de forma satisfatória as características de *transparência, inteligibilidade e entendimento* da Gestão Social.

Ao perguntar aos participantes do GTH, se o que foi planejado e decidido neste grupo, atingiu o resultado esperado, apenas 10% responderam que “repetidamente” e “sempre”, 60% “às vezes” e 30% “raramente”.

Fazendo uma análise, este percentual de apenas 10% se torna compreensível, quando 80% dos pesquisados afirmaram que tiveram o apoio da gestão “às vezes”, “raramente” ou “nunca” nos processos de decisão e execução das ações (média 2,1), onde 75% responderam que os diretores “às vezes”, “raramente” ou “nunca” valorizavam espaços e processos participativos (média 2,05), e onde 90% concordaram que somente “às vezes” ou “raramente” a vontade do trabalhador prevalecia (média 1,85).

Considerando-se a *aprovação cidadã dos resultados*, foi questionado se, de modo geral, os planos e projetos desenvolvidos pelo GTH tiveram resultados positivos para a unidade de saúde, o que 25% responderam que “repetidamente” foi positivo e 70% “às vezes”, ficando com média de 2,2.

Após a análise dos 21 critérios, o gráfico abaixo, demonstra de forma sintetizada a média de cada categoria da *cidadania deliberativa*.

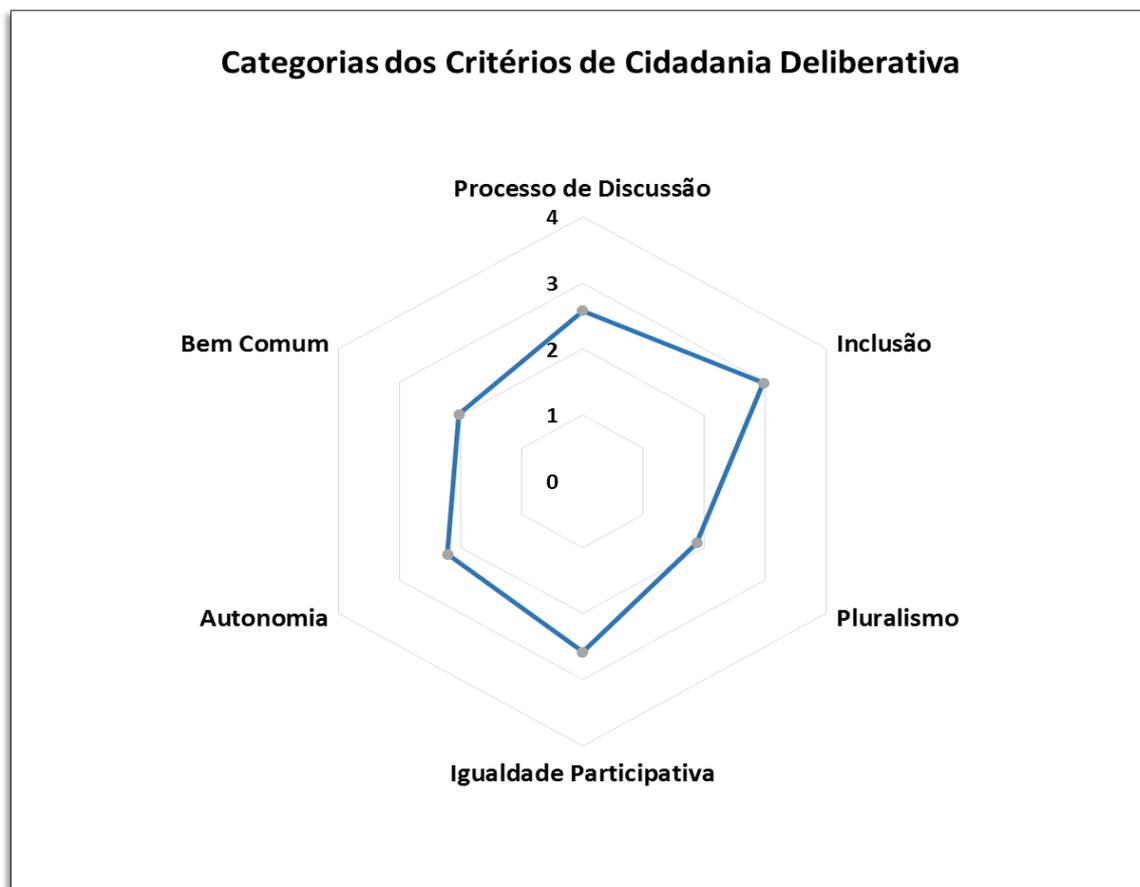


Gráfico 12: Média dos Critérios de análise da cidadania deliberativa
Fonte: Pesquisa (2016)

Observa-se, na análise do exercício da *cidadania deliberativa*, que, de modo geral, o processo de implementação da Política Nacional de Humanização, oportunizando a participação cidadã no planejamento, decisões e avaliação desta política, através do Grupo de Trabalho de Humanização, três categorias ficaram acima da média geral dos critérios avaliados – *processo de discussão* e *igualdade participativa*, ambas com média 2,58 e *inclusão* com média 2,97.

Destaca-se a categoria *inclusão*, como resultado positivo, se levar em consideração, que foi a primeira experiência de implementação da PNH, com formação do Grupo de Trabalho de Humanização, na unidade de saúde estudada. As categorias *pluralismo*, *autonomia* e *bem-comum* ficaram abaixo da média geral, reafirmando que não houve de forma satisfatória, inclusão no GTH, de outras organizações, movimentos e cidadãos não organizados no processo deliberativo.

Conclui-se, ainda, que os diferentes atores não se apropriaram de forma positiva dos processos decisórios, dentro da unidade de saúde estudada e por não se terem alcançados os

objetivos esperados e planejados pelo GTH, não houve como atingir um nível adequado de bem-estar social, tanto para os trabalhadores, quanto para os usuários do SUS, não atendendo as características *de tomada de decisão, coletiva sem coerção, transparência, inteligibilidade, entendimento* da Gestão Social.

No último critério, *aprovação cidadã* dos resultados, mais duas perguntas foram acrescentadas para conhecer e valorizar a opinião dos membros do GTH sobre o próprio grupo, tais dados não foram demonstrados na representação gráfica.

Foi questionado, considerando que o GTH interrompeu suas atividades durante vários meses, se é necessário que este espaço democrático de discussão dos processos de trabalho seja ofertado novamente. Dos respondentes, 60% afirmaram que “sempre”, e 40% “repetidamente”. As apoiadoras concordam com a maioria.

Quando perguntado, se os membros do GTH participariam se fosse ofertado novamente esse espaço, 80% responderam que participariam “repetidamente” ou “sempre”, 15% responderam que “às vezes”, e 5% “raramente”. Importante notar que 100% participariam, independentemente, de levar em consideração a frequência do participante.

Na última pergunta do questionário, optou-se por ser aberta, para que os pesquisados pudessem acrescentar alguma informação ou comentário sobre o GTH. Seis membros do grupo, de cinco setores diferentes, fizeram suas colocações de forma positiva, parabenizando a própria iniciativa da pesquisa, afirmando que o “grupo era bom”, e “estavam satisfeitos” e que “houve muitos esclarecimentos, inclusive com a presença de consultores do Ministério da Saúde”. Expressaram o desejo de que o “grupo volte o mais rápido possível”. Um deles comentou que “a importância do GTH é indiscutível para a discussão dos processos de trabalho e que possibilita a melhora das relações e ações no trabalho”. Outro pesquisado escreveu que o GTH é um

espaço democrático, onde os direitos de críticas, sugestões e expressões de pensamento reflexivo no processo de trabalho envolvem servidores e gestores da unidade a fim de criar meios de desenvolver uma atitude de escuta dos trabalhadores, usuários e todos tomar decisões nas condições de trabalho. Nesse espaço todos tem o mesmo direito de dizer o que pensam, de sugerir e até mesmo propor mudanças na percepção dos usuários, profissionais e gestores em prol de compromisso com a qualidade dos serviços.

Analisando os resultados da pesquisa, não se pode desconsiderar que os membros do GTH tiveram percepções e opiniões positivas em relação a este espaço democrático, que foi ofertado durante quase quatro anos, na unidade de saúde estudada, em critérios importantes

como tomada de decisão, planejamento coletivo, oportunidade de participação, compartilhamento das responsabilidades de liderança, entre outros.

Há de se considerar, no entanto, que o hospital é uma organização complexa, e que se não houver o apoio incondicional dos gestores, e flexibilidade de normas e procedimentos, fica difícil atingir os objetivos e perceber os resultados positivos e os benefícios aos usuários dos serviços de saúde.

Analisando os cinco anos de implementação da PNH, na unidade estudada, houve mais fatores dificultadores do que facilitadores. Durante esse tempo, a unidade passou pelo processo de terceirização de todos os serviços prestados, passando a ser gerida, em momentos diferentes, por três Organizações Sociais, sendo que uma delas, que era responsável pelos serviços administrativos, tentou impedir ou reduzir os encontros do GTH, temendo, talvez, um movimento contra as ações que vinham sendo impostas de forma arbitrária na visão dos trabalhadores do hospital, mas que tinham apoio da gestão estadual – governo e SESAU.

Durante cinco anos a unidade de saúde “experimentou” a mudança de 06 diretores, cada um, com sua forma de gerir e pensar, o que muitas vezes emperrou os planos e projetos, não só do GTH, como também de outros setores da unidade.

Várias mudanças do gestor local da unidade de saúde estudada foram em consequência da instabilidade na gestão estadual. Salienta-se que ocorreram várias mudanças de Secretários de Estado da Saúde, além de casos de suspeita de corrupção e desvio de verbas públicas, dificultando a logística e funcionamento dos hospitais, resultando em falta de materiais ou compra de produtos de má qualidade, com prejuízo dos serviços prestados à população, fatos conforme amplamente divulgados pela mídia local. Inegavelmente, tais fatores tiveram impacto negativo sobre os trabalhadores e dificultaram o andamento dos processos de trabalho.

Outro problema enfrentado foi a liberação de um espaço físico para os encontros do GTH. No início de 2011 eles ocorriam na Brinquedoteca do hospital. Meses depois, o grupo foi informado, por alguns “donos dos territórios do SUS”, que este espaço não seria mais disponibilizado. “Donos dos territórios do SUS”, é um nome utilizado para descrever trabalhadores do SUS, que simplesmente se tornam proprietários de determinados espaço, que são, ou deveriam ser, de uso de todos.

Os encontros passaram então, a ocorrer num quarto reservado para o “repouso da enfermagem”. Pouco tempo depois, o local foi mudado para um espaço menor e tornou-se inviável. Então o GTH e outras equipes começaram a utilizar o “container” para local de reuniões. Em decorrência da falta de verba, o espaço disponível para os encontros, que era

alugado pelo Estado, também deixou de existir. Por insistência “naquilo que não quer dar certo”, o GTH realizou ainda, alguns encontros embaixo das árvores, no pátio do hospital, num calor escaldante e em alguns espaços de outras organizações, inclusive em igrejas.

É importante ressaltar que houve todo um conjunto de fatores que dificultou a implementação da PNH conforme preconiza o próprio texto desta política e os objetivos não foram alcançados de forma satisfatória.

A secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), entende que as relações de trabalho devem existir a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade dos SUS e eficácia das ações de saúde. O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente.

No entanto, esta é a visão dos gestores do MS e de estudiosos da área. A grande questão é: O trabalhador se percebe sujeito e agente de mudanças? Como despertar essa consciência em pessoas que estão adormecidas em seus mundos? Durante os 05 anos de processo de implementação da PNH, as apoiadoras institucionais chegaram à conclusão, de que, mesmo com a oferta de espaços democráticos, é extremamente desafiador conseguir com que as pessoas participem e ainda mais difícil que participem de forma significativa.

Novamente questiona-se: Qual a visão de cada indivíduo? Pessoas vindas de formações diferentes, culturas diferentes, com influência de fatores sociais e naturais também diferentes e com pensamentos conflitantes. Como agregar diferentes visões? E como agregar diferentes visões, dentro de uma unidade hospitalar, considerada uma organização complexa? Como buscar objetivos comuns?

Onde, de fato, começa essa visão da importância da coletividade? Por que alguns têm e outros não? Que tipo de influência teve essa minoria, que se importa com o bem comum? Há um reconhecimento, por parte da pesquisadora, de que estudos mais aprofundados, com grupo de pesquisadores de diferentes formações (administradores, psicólogos, pedagogos, sociólogos e outros) são necessários, na tentativa de encontrar respostas a todos os questionamentos feitos aqui. Tanto a PNH como a Gestão Social, apresentam características e princípios, que para serem efetivados dependem do interesse individual, pois consideram a subjetividade do indivíduo e sua capacidade de análise, de percepção e de intervenção para propor mudanças.

O campo organizacional de saúde pública, apesar de ter organizações que realizam atividades e ações de saúde semelhantes, forma uma rede complexa de atendimento, envolvendo órgãos e unidades das três esferas de governo. A dificuldade de implementação da PNH, talvez encontre solo fértil nas palavras de Dimaggio e Powell (2005), “atores racionais criam

ambientes desfavoráveis para o desenvolvimento de suas habilidades, dificultando as mudanças”, lembrando que esses atores é que fazem funcionar, ou não, uma organização.

Para os autores, citados acima, a mudança individual, quando agregada, aumenta a homogeneidade do campo, sendo que os que aprovam as inovações acabam melhorando seu desempenho, afetando de forma positiva os resultados da organização. A PNH, como movimento contra hegemônico, lutando para “destituir o instituído”, mostrou-se ineficiente na unidade estudada, na tentativa de agregar diferentes visões, dentro de uma visão sistêmica, buscando propósitos e objetivos comuns.

Para Dimaggio e Powell (2005), os esforços dos indivíduos, levam de maneira conjunta, a uma mudança na estrutura, cultura e resultados, tornando as organizações mais homogêneas. Percebeu-se durante a implementação da PNH, que os trabalhadores, em geral, tendem a racionalizar suas atividades, visualizando o fim, em detrimento do meio, de forma instrumental, mecanicista e individualista.

Talvez Hirsch, Michaels e Friedman (2003) tenham extrema razão quando afirmam, que um cientista social, precisa reduzir seus estudos aos indivíduos, para explicar as relações entre eles, entre as classes e entre as organizações. Seria esse o caso, de se estudar a implementação da PNH, que foca as dimensão social e política e que depende das atitudes e comportamento do indivíduo para que atinja seus objetivos? A Sociologia e a Economia contemporânea concordam que a análise do nível individual é fundamental, e a Sociologia valoriza muito a sensibilidade e a percepção dos agentes, numa visão mais substantiva, valorizando o meio e os agentes envolvidos, e não somente o fim ou o processo [administrativo] do processo produtivo.

Mesmo este estudo não focando os resultados, e sim, fazendo uma análise, durante o processo de implementação da PNH, na dimensão da vida social e política no trabalho, considerando os fatos e como eles se deram, não foi suficiente, para se obter um entendimento maior sobre a “não participação” de todos os envolvidos.

Durante o processo de implementação da PNH, percebeu-se que a finalidade principal da política, que é possibilitar as mudanças nos modos de gestão e de produção em saúde, é um grande desafio, porque existem obstáculos por demais severos, sendo que as apoiadoras e o GTH, não conseguiram o envolvimento de todos os trabalhadores nesse processo. Mais uma questão: seria o caso de “alguns poucos”, buscarem de todas as formas, influenciar a maioria a participar de processos democráticos? É assim que se faz democracia, tentando convencer os outros a todo custo? Ou democracia é a livre participação, com pessoas que tenham “interesse” em debater o *bem comum*? E se depender somente de pessoas

que tenham interesse haverá legitimidade? E haverá legitimidade se todos participarem, mas a maioria não apresentar real interesse?

Durante os 05 anos do processo de implementação foi muito comum ouvir frases do tipo: “Minha rotina não me permite participar!” “Não tenho tempo!” “Pra que perder tempo com isso, se quem tem que fazer (gestores), não faz nada?” A pesquisadora questiona mais uma vez: Os diferentes sujeitos “não percebem”, ou “não conseguem” ou “não querem” perceber que a gestão dos processos de trabalho depende de “todos os envolvidos”, e que não pode de modo algum, ser percebida como um conjunto de tarefas tecnicistas e separadas da prática de cuidado.

Como articular diferentes sujeitos, coletivos e formar redes, se os trabalhadores, de modo geral, não se mobilizam? Não existe, uma compreensão [significativa], por parte da maioria, para que haja de fato uma intervenção efetiva, com transformação da realidade. Não há interesse em se apropriar das políticas de saúde, nem da PNH, nem de outras políticas do SUS. Mudar do *status quo* para uma situação ideal, diminuindo as discrepâncias entre as demandas sociais e o que é ofertado à população, segue-se um longo e árduo caminho a ser percorrido.

Não tem como descentralizar e fortalecer relações intersetoriais e interinstitucionais, se não há interesse em formação de redes bem articuladas, por falta de compreensão das pessoas, de suas relações e articulações a nível local. Não havendo articulação entre os envolvidos, não há formação de liderança para o desenvolvimento local, para esse território chamado SUS. Para um grupo de pessoas, que não querem, ou não desejam, ou não compreendem a importância da mobilização, do protagonismo, do compartilhamento de saberes e experiências, e que não possibilitam as relações de solidariedade e cumplicidade, torna-se quase impossível ter uma Gestão Social de fato!

Conclui-se que muitos princípios e características da Política Nacional de Humanização comungam com a Gestão Social, principalmente quando se trata de transversalidade, de inclusão de diferentes sujeitos e coletivos, de protagonismo, de corresponsabilização e autonomia. A PNH fala de “produção” de sujeitos e coletivos com essas características (BRASIL, 2010a). A pergunta é: se produzem sujeitos? Como intervir na subjetividade ou aumentar a capacidade de construir para si e para o coletivo?

Na análise das relações de poder, na maioria dos casos, a culpabilização sempre está presente. O Estado, quando se fala em Gestão Pública, é visto como um grande vilão. Será que existe só um culpado? Ou se culpa um ente para mascarar uma situação ainda mais grave – a não vontade de participação de cidadãos e trabalhadores na formulação e implementação

de políticas públicas? Será que o governo, aqui visto, na figura do Ministério da Saúde e seus gestores, não está comprometido com políticas de maior abertura à participação social?

A análise dos conceitos propostos pelo MS demonstra que este órgão decidiu “priorizar a qualidade nos serviços e a participação dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS”, criando setores de gestão do trabalho e de humanização e elaborou os conceitos, diretrizes e dispositivos da PNH (BRASIL, 2004). O governo está expondo o que não pretende fazer? Ou está expondo porque já sabe que as pessoas não o farão?

Os textos da PNH e da GS afirmam que os coletivos organizados são um encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham ou que utilizam, e se isso não foi possível, é porque não houve “interesse”. Talvez, aí esteja a chave e resposta de tantos questionamentos. Apenas isso – interesse! Interesse em que e pelo que? Interesse em discutir, refletir, melhorar, sair do estado cômodo, mudar, fazer diferente. Como fazer com que as pessoas façam isso?

Com relação ao GTH, analisando o exercício da *cidadania deliberativa*, os resultados foram positivos, quando se considera todo o contexto. Segundo Cançado (2013) o diálogo, em sentido amplo, diz respeito à *dialogicidade*, onde “todos falam, ouvem e consideram o que dizem”, sendo a capacidade de comunicação e *entendimento* entre as pessoas. Com exceção de um pesquisado, todos os membros do GTH afirmaram que suas falas e opiniões foram “ouvidas e respeitadas” ou “ouvidas, respeitadas e aceitas”.

Durante o processo de implementação da PNH, o GTH aproximou-se do conceito de comunidade de prática, segundo Schommer e França Filho (2006), compartilhando objetivos e desafios, interagindo, havendo trocas de experiências e conhecimento e desenvolvendo habilidades para lidar com os desafios.

Analisando todo o contexto com ênfase no que deveria ter sido feito com base nas diretrizes e dispositivos da política, conclui-se que houve um desgaste dos membros do GTH e os objetivos não foram atingido conforme planejado pelo grupo. Em decorrência deste fator, e embora a trajetória durante os cinco anos, tenha proporcionado experiências e vivências para os participantes do grupo, e os mesmos tenham participado deste espaço democrático para discutir processos de trabalho e propor ações de saúde, os trabalhadores se voltaram para ações dentro do hospital que remetem a arcaica visão de humanização.

Ações de assistencialismo, atividades religiosas e habilidades artísticas ganharam espaço em detrimento de uma política de organizações dos serviços e redes, estabelecimentos de fluxos e protocolos e garantia de direitos dos usuários e trabalhadores do SUS.

Não bastassem estes fatos, devido às mudanças no cenário político do estado, especificamente a partir de 2015, a equipe de humanização da SESAU sofreu alterações e os consultores do Ministério da Saúde, responsáveis pelo Tocantins também mudaram de setor sem ao menos haver uma comunicação formal à unidade de saúde.

Com trabalhadores desgastados e sem o apoio técnico da secretaria estadual, a implementação da PNH seguiu por outro viés. Não havendo condições necessárias para as mudanças nos processos de gestão e do cuidado, não pode haver melhora nas condições de trabalho e dos serviços prestados à população. A humanização em saúde deixa de focar a dimensão política e social e passa a ter ações isoladas de uma “aparente” humanização dos serviços, desconsiderando todo o processo de construção coletiva, que ocorreu durante cinco anos, através GTH.

Após análise da PNH sob a perspectiva da Gestão Social, e apontamentos acerca dos elementos facilitadores e dificultadores, seguem as considerações finais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o ciclo de uma política pública (*policy cycle*), segundo Secchi (2013), este estudo enfatizou a fase de implementação da Política Nacional de Humanização, sendo analisada, segundo os princípios e características da Gestão Social, com foco nos critérios da *cidadania deliberativa*.

Ponderando a afirmação de Furtado (1974) sobre desenvolvimento, a política de humanização prioriza o indivíduo e o coletivo nos modos de produção em saúde. A saúde, em seu sentido completo, é essencial quando se trata de desenvolvimento.

A PNH foi criada em 2003 para atender demandas sociais, portanto, é uma política pública, segundo Castel *et al.* (2004). Demandas como desvalorização do trabalho e do trabalhador, precarização das relações de trabalho e a não participação dos cidadãos nos processos de gestão entraram para a agenda governamental.

A política de humanização propõe a participação social, estabelecida no Art. 198 da CF. Durante a implementação desta política, na unidade de saúde estudada, foi ofertado, durante três anos, espaços para discussão dos processos de trabalho de forma regular.

Constatou-se, que embora os membros do Grupo de Trabalho de Humanização tivessem participação ativa, os demais trabalhadores do hospital, de modo geral, não demonstraram interesse.

Nos conceitos do MS (BRASIL, 2014), o trabalho é visto como processo de trocas, de intercâmbio, de criatividade, coparticipação, corresponsabilidade e comprometimento, discutido em espaços coletivos (GTH's, mesas de negociação, comissões e colegiados, etc.), concordando com as proposições da Gestão Social.

Para que estas características estejam presentes em processos democráticos, e que sejam de fato, democráticos e legítimos, faz-se necessário estar presente a disposição e vontade de cada indivíduo. Neste estudo, ficou evidente, que embora o GTH tenha tido interesse em debater os processos de trabalho, tal grupo não conseguiu, apesar de todos os esforços engendrados, a adesão da maioria dos trabalhadores, e acabou se desestruturando.

Segundo a NOB 01/96, do SUS, as secretarias de saúde têm por finalidade viabilizar as políticas, planos e programas, garantindo o cumprimento dos mesmos (BRASIL, 2014), elaborando o Plano Estadual de Saúde, que deve conter as estratégias, as prioridades, metas e ações em saúde de acordo com as demandas municipais. Durante os 05 anos de implementação da PNH no hospital, nenhuma vez, a SESAU solicitou demandas da unidade

de saúde para incluir no referido plano, demonstrando uma gestão altamente gerencial, verticalizada e centralizadora, onde não há inclusão dos diferentes sujeitos e coletivos no planejamento de ações em saúde.

A PNH prevê a participação cidadã, como aspecto fundamental nos processos de discussão, decisão e planejamento das ações de saúde, atendendo as características essenciais da Gestão social, pelo menos, no discurso. Por que o discurso se distancia da prática e não consegue ser concretizado na vida real no mundo do trabalho?

Como se trabalha isso? Se espaços de construção social são ofertados, se as pessoas são convidadas, de forma satisfatória, conforme demonstrou os resultados da pesquisa com o GTH, por que não participam? E por que continuam reclamando? Estão realmente adormecidos? O que falta? Por trás do conceito de “atender desigualmente os desiguais”, respeitando o princípio da equidade no SUS, existe uma vida rotineira, com ações repetitivas, com elevadas demandas, que levam a um trabalho alienado, com pouca reflexão sobre o mesmo, resultando em ações pouco significativas. Mas seriam, realmente, estas as causas da não participação?

Questiona-se por que alguns têm visão diferenciada, mais humanística e coletiva e outros não? Porque os trabalhadores do GTH encontraram tempo para participar? Dizer que somente trabalhadores do administrativo participaram, e que eles têm mais tempo, não é verdade, pois entre os membros do grupo estavam Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos, entre outros. Onde está a raiz ou causa da “não participação”, mesmo tendo visão crítica?

Os pesquisados tiveram uma visão positiva sobre o GTH, o que não significa que atendeu de forma satisfatória, os critérios de *cidadania deliberativa*, segundo a Gestão Social, pois, isso ocorreu somente no grupo, num grupo pequeno, sem representatividade significativa quando se trata da “participação de todos” para se legitimar as ações em saúde.

Seria o *homo economicus* em detrimento do *homo sociologicus* – o ser social? Mas como explicar, focando na economia, na busca de lucros, de maior satisfação, de competição, se está se falando do setor público? Então o ser social não seria apenas destruído, ou omitido por interesses econômicos? Qual seria a causa primeira desse não interesse pelo coletivo, pelo *bem comum*?

Embora a PNH venha para possibilitar a garantia de direitos, envolvendo inovações e reflexões na prática e na gestão em saúde, tentando incluir os diferentes sujeitos e coletivos, em espaços democráticos, e que se aproximem dos critérios da cidadania deliberativa, percebe-se que é tarefa hercúlea. De modo geral, os trabalhadores e usuários do SUS

(diferentes sujeitos) não conhecem, e nem fazem questão de conhecer seus direitos. Como trabalhar a subjetividade, se a reflexão depende da capacidade de cada sujeito envolvido? Como experimentar novas formas de organização dos serviços e dos modos de produção, enfrentando as relações de poder, entre entes, que estão na mesma posição na pirâmide hierárquica dentro de uma organização? São, realmente, as diferenças de relações de poder, entre diretores e trabalhadores, que dificultam a implementação de uma política pública?

Observou-se, que poucos querem corresponsabilizar-se pelas ações de saúde, diante de uma maioria que “só reclama” ou que diz que “tudo está bem”! O grupo dos “acomodados” e lamentadores”, com nenhuma consciência política, ou vontade de mudar, através de intervenções positivas. Como integrar quem não quer, não deseja ou não percebe que a integração é necessária?

A pesquisadora chegou à conclusão, de que, antes de propor uma política que permita a participação social, faz-se necessário trabalhar o nível de consciência dos trabalhadores com profissionais como Administradores, Psicólogos e Sociólogos, que possam utilizar técnicas de intervenção individual e em grupo, para possibilitar a compreensão de “como está” (*status quo*) e como pode ficar, tentando um “despertar” desse estado de acomodação e reclamação.

Se a PNH permite espaços de participação cidadã, por que então a maioria não participa? As pessoas falam em democracia, mas quando espaços com características democráticas são ofertados, elas simplesmente, não participam. Não é contraditório? Será que compreendem o significado de democracia? Como consolidar o SUS, sem sujeitos e coletivos autônomos e sem objetivos comuns?

Observou-se, na realidade, que as apoiadoras e o GTH foram neutralizados pela força da maioria, tanto é que os encontros diminuíram e até deixaram de existir por um longo período, durante os 05 anos. Se um GTH não consegue ter sustentabilidade, é impossível a formação de um colegiado gestor, com coanálise, codecisão e coavaliação, como prevê a política de humanização (BRASIL, 2010a).

Construção coletiva e Gestão Social não dizem respeito a um grupo somente, neste caso, a formação e intervenção do GTH, mas diz respeito ao todo, com visão sistêmica, integrada e substantiva da organização. Não se legitimam ações, sem a participação da maioria!

A PNH foi criada há mais de 10 anos, e ainda não se consegue efetivá-la em diversos lugares, conforme presenciado pelas apoiadoras e membros do GTH ampliado da SESAU nas falas de diferentes sujeitos do Estado do Tocantins e de outros Estados da federação durante

os encontros de humanização. A Constituição Federal, deste país, garante assento popular na elaboração de políticas públicas em saúde, como os conselhos e conferências, nos diferentes âmbitos governamentais e cria políticas que propõem espaços de discussão democrática. Por que então, as pessoas não fazem questão de participar?

Ceccim e Feuerwerker (2004) têm razão quando afirmam que “a forma como são geridos os processos de trabalho configuram um dos ‘nós críticos’”, que dificultam a implementação de políticas públicas. Durante a implementação da PNH na US, experimentou-se a mudança de 06 gestores, cada um, com seu modo de gerir. Constatou-se em 2015, com a entrada de novos gestores, que muitos projetos e ações do Plano de Humanização e de outros setores foram implantados e realizados por terem tido o apoio da administração do hospital.

Salienta-se que o modo de gerenciar dos diferentes gestores não é motivo de “não participação” nos encontros do GTH, pois em 2014 e 2015, quando os gestores demonstraram uma gestão mais participativa e horizontalizada, foi justamente quando o GTH se desestabilizou. Não que isso, seja um fator totalmente negativo, já que se considera a possibilidade de construção, desconstrução e reconstrução de coletivos diante de diferentes contextos sociais, políticos, econômicos e culturais.

Schommer e França Filho (2006), também enfatizam que existe a necessidade de aproximação entre descentralização, integralização e a participação popular, fator crucial nas relações e no desenvolvimento da autonomia para que possam influenciar nas políticas públicas, o que também concluiu a pesquisadora durante este estudo.

Encerra-se, este estudo, afirmando-se que as propostas da PNH, contidas nos discursos e nos textos do Ministério da Saúde atendem as perspectivas da Gestão Social, mas que durante a sua implementação, verificou-se que as propostas não são fáceis de serem concretizadas e que não atendem de forma satisfatória, na prática, as características da Gestão Social. Utilizando-se das palavras de Cançado *et al.* (2013), que a “Gestão social é a *tomada de decisão coletiva sem coerção*, baseada na *inteligibilidade* da linguagem, na *dialogicidade* e *entendimento* esclarecido como processo, na *transparência*, como pressuposto e na condição de fim último. Estas características e princípios podem ser considerados como um tipo ideal weberiano, segundo o autor, “pois as relações de poder, desigualdades sociais e culturais podem facilmente levar a crer que essas características são impossíveis de se verificar de forma plena na prática”, o que se demonstrou, de fato, na realidade, durante a implementação da PNH, o que foi percebido pelas apoiadoras e pelos membros do GTH.

Além disso, o autor ressalta que “a natureza humana da Gestão Social é o voluntarismo, pois se a percepção é pela (re) construção da realidade a partir da interação

entre as pessoas e sua intersubjetividade sem coerção, o livre arbítrio é condição para este processo. Assim não cabe uma posição determinista da natureza humana para Gestão Social”, fato também, percebido pelos membros do GTH e pelas apoiadoras institucionais. Não se faz Gestão Social sem a participação voluntária de todos e sem o interesse de cada indivíduo pelo bem comum.

REFERÊNCIAS

ALVES, Camila Aloísio et al. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade, 2011.

Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 15287: informação e documentação: projeto de pesquisa: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BATISTA, Nildo et al. **O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol. 39, no. 2, pp. 231-237. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24047.pdf>. Acesso em 09 ago. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF 20 set., 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 26 jul. 2014.

_____. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe Sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e Sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez., 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Institucional. Histórico. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Institucional. **Descentralização**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1353. Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM/MS, de 5 de dezembro de 2002. **Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema único de Saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>. Acesso em: 05 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº 32/2004, seção I. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 GM/MS**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes de Implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 162, de 22 de agosto de 2007, Seção I. Brasília, 2007. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf. Acesso em 09 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS**. Nova Política de Financiamento do SUS. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Brasília, 1991. Disponível em:
http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%E7%E3o%20258_07_01_1991.pdf
Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB/SUS**. Estabelece Normas e Procedimentos Reguladores do Processo de Descentralização da Gestão, das Ações e Serviços de Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Brasília, 1993. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Diário Oficial da União de 06 de novembro de 1996. Brasília, 1997 Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/conselho/nobsus.pdf>. Acesso em 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2003. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>. Acesso em 28 jul. 2014.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Institucional/Missão**. Disponível em: <http://www.saude.to.gov.br/missao.php>. Acesso em 28 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. - 4ª ed. 4. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de trabalho de humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. – 1. ed. 1. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 1, 1996.

_____. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: MARE, **Cadernos MARE**, n. 1, 1997.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. Brasília: ENAP/Editora, 1998.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 6ª. ed., 1994.

BOULLOSA, Rosana de Freitas; SCHOMMER, Paula Chies. Gestão social: caso de inovação em políticas públicas ou mais um enigma de Lampedusa? In: CANÇADO, Airton Cardoso, ET AL. **Gestão social e políticas públicas de desenvolvimento: ações, articulações e agenda**. Recife: UNIVASP, 2009.

CANÇADO, Airton Cardoso. **Fundamentos teóricos da gestão social**. Lavras: UFLA, 2011. 246p.

_____. Airton Cardoso; PEREIRA, José R.; TENÓRIO, Fernando G. Gestão social: epistemologia de um paradigma. - 1. ed., Curitiba, PR: CRV, 2013.

CANÇADO, Airton Cardoso; RIGO, Ariádne Scalfoni. Fundamentos Teóricos da Gestão Social: aprofundando a discussão. In FERREIRA, Marco Aurélio Marques (org.) **Administração pública, economia solidária e gestão social: limites desafios e possibilidades**. Viçosa: UFV, 299p., p.54-82.

CARRION, Rosinha Machado. A contribuição da gestão social para o desenvolvimento. In: CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; SILVA JR., Jeová Torres (orgs.) **Gestão Social: aspectos teóricos e aplicações**. 1 ed., Ijuí: Unijuí, 2012.

CASTEL, Robert; WANDERLEY, L. E. W; BELFIORE – WANDERLEY, Mariangela. **Desigualdade e questão social**. 2º. Ed. São Paulo: EDUC, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FEVERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 14 nº 1, p. 41-65, 2004.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentici Hall, 2002.

CHISNALL, Peter. **Marketing Research: Analysis and Measurement**. McGraw-Hill: 1973.

DYE, T. R. Mapeamento de modelos de análise de políticas publicas. In: Heidmann, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UNB, 2009.

EGG, Ezequiel Ander. **Repensando la Investigación-Acción - Participativa**. México: El Ateneo, 1990.

FISCHER, Tânia. Poderes locais, desenvolvimento e gestão – uma introdução e uma agenda. In: FISCHER, Tânia (org.). **Gestão do desenvolvimento e poderes locais: marcos teóricos e avaliação**. Salvador, Casa da Qualidade, p. 12 – 32, 2002.

FURTADO, Celso. **O mito do desenvolvimento econômico.** São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

GIL, Antonio Carlos. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais.** 1. ed. - 6. reimpressão. São Paulo: Atlas, 2006.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** Promotion of Mental Health–Technologies for Care: emotional involvement, reception, co-responsibility and autonomy. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KANAANE, Roberto; ORTIGOSO, Sandra Aparecida Formigari. **Manual de treinamento e desenvolvimento do potencial humano.** São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6º ed. – São Paulo: Atlas, 2006.

MEDEIROS, Flávia A. et al. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** Rev. salud pública, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MENDONÇA, Patrícia Maria E.; GONÇALVES-DIAS, Sylmara Lopes Francelino; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Gestão Social: notícias sobre o campo de estudos e práticas a partir das interações e debates do VI Enapegs.** Ver. Adm. Pública, v.46, n. 5, p. 1391-1408, 2012.

MERHY, E.E.; FEVERWERKER, L.; CECCIM, R. **Educación Permanente em Salud: una Estrategia para Intervir en la Micropolítica Del Trabajo em Salud.** Salud Colectiva, 2006, vol.2 nº 2, p. 149. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=educa%C3%A7%C3%A3o+permanente+como+estrat%C3%A9gia+na+reorganiza%C3%A7%C3%A3o+dos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde&btnG=Pesquisa+Google&meta>. Acesso em 09 ago. 2008.

OLIVEIRA, Gilson Batista de. **Uma discussão sobre o processo de desenvolvimento.** Rev. FAE, Curitiba, v.5, n. 2, p. 37 - 48, maio/ago, 2002.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 204 p.

_____. **Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social.** RAE, v. 45, n. 1, p. 36 – 49, jan/mar., 2005.

PEREIRA, José Roberto. **Gestão Social de Políticas Públicas.** Lavras: Ed. UFLA, 2011. 234 p.

PINHO, José Antônio gomes de. **Gestão social: conceituando e discutindo os limites e possibilidades reais na sociedade brasileira.** In: RIGO, Ariadne Scalfoni; SILVA JÚNIOR, Jeová torres; SCHOMMER, Paula Chies; CANÇADO, Airton Cardoso. **Gestão e social e políticas públicas de desenvolvimento: Ações, articulações e agenda.** Recife: UNIVASF, 2010.

PINTO, João Bosco Guedes. **Pesquisa-Ação**: Detalhamento de sua sequência metodológica. Recife, 1989, Mimeo.

RODEN, Jonatham. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. Ver. *Sociologia Política*, Curitiba, 24, p. 9-27, jun., 2005.

RETTEMANN, Sandra. Diagnóstico situacional e levantamento de demandas nas unidades de saúde sob gestão estadual referente à Política Nacional de Humanização – PNH. Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Humanização. Tocantins, 2011.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2º ed. – São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SCHOMMER, Paula Chies; FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho de, *et al* **Gestão social e aprendizagem em comunidades de prática**: interações conceituais e possíveis decorrências em processo de formação. In: CANÇADO, Airton Cardoso; RIGO, SILVA JÚNIOR, Jeová Torres; MÂSIH, Rogério Teixeira. *Gestão e social, práticas em debate, teorias em construção*. Juazeiro do Norte, 2008.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TENÓRIO, Fernando G. “O mito da participação.” In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v.24, n.3, pp. 162-164, mai./jul./1990.

_____.; ROZEMBERG, Jacob E. “Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação”. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v.31, n.4, pp. 101-125, jul./ago./1997.

_____. “Gestão social: uma perspectiva conceitual.” In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v. 32, n. 5, set./out./1998, pp. 7-23.

_____. **Flexibilização organizacional, mito ou realidade?** Rio de Janeiro: FGV, 2a. ed., 2000.

_____. **Tem razão a administração?** 3. ed., Ijuí: Editora da Unijuí, 2008a.

_____. **Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado**. 3. ed., Ijuí: Editora Unijuí, 2008b.

_____. A trajetória do programa de estudos em Gestão Social (PEGS). In: SILVA JR, Jeová Torres; MÂISH, Rogério Teixeira; CANÇADO, Airton Cardoso; SCHOMMER, Paula Chies. **Gestão Social**: Práticas em debate, teorias em construção. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2008c.

_____. Gestão Social, um conceito não-idêntico? Ou a insuficiência do Inevitável do pensamento. In: CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; SILVA JR., Jeová Torres (orgs.) **Gestão Social**: aspectos teóricos e aplicações. Ijuí: Unijuí, 2012, 456p.

_____. Fernando Guilherme (Org.). **Cidadania e desenvolvimento local: critérios de análise**. Rio de Janeiro: FGV, 2012. 264p.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Cienc. Saude Colet, v. 15, n. supl 3, p. 3615-24, 2010.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 1985

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

DE FARIAS BREHMER, Laura Cavalcanti; VERDI, Marta. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010.

YIN, Robert k. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário utilizado na pesquisa nas US sob gestão estadual.

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E LEVANTAMENTO DE DEMANDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL REFERENTE À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH

Instrumento para coleta de dados da Coordenação de Desempenho e Regulação do Trabalho/Gerência de Humanização nas <u>Unidades de Saúde</u> sob gestão estadual.	
Município:	Data:
Unidade de Saúde:	
Diretor Geral:	
Diretor Administrativo:	
Responsável pela PNH:	
Contatos de telefone:	
E-mail:	
Responsáveis pelo preenchimento:	

Questões		
Estrutura e processos de trabalho – Operacionalização da PNH		
1. Existe uma equipe trabalhando as questões relacionadas à Gestão da Humanização em saúde?	SIM ()	NÃO ()
2. A unidade de saúde possui um setor de humanização instituído/formalizado?	SIM ()	NÃO ()
3. Se existir um setor de humanização, ele consta no organograma da instituição?	SIM ()	NÃO ()
4. Os profissionais que atuam com a Gestão da Humanização cuidam exclusivamente desta prática ou exercem também outras funções? Quais?		
5. Na instituição existe:		
Grupo de Trabalho de Humanização - GTH?	SIM ()	NÃO ()

Grupo de Trabalho em Humanização Ampliado?	SIM ()	NÃO ()
Grupos Focais?	SIM ()	NÃO ()
6. Quais são as atividades que estão sendo realizadas pela humanização na Unidade de Saúde?		
7. A equipe de humanização tem conhecimento sobre as cartilhas e materiais da PNH disponibilizadas pelo Ministério da Saúde?	SIM ()	NÃO ()
8. A Unidade de Saúde tem conseguido desenvolver atividades baseadas nas diretrizes e dispositivos da PNH? Quais? De que forma?		
9. A equipe dispõe de acesso a recursos de informação e comunicação? Quais?		
<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Computador com acesso a internet <input type="checkbox"/> Computador sem acesso a internet <input type="checkbox"/> Data show <input type="checkbox"/> Outros: _____		

10. Quais as principais dificuldades encontradas na Unidade de Saúde para realização de ações conforme as diretrizes e dispositivos da PNH?

11. Quais as principais dificuldades em relação ao apoio prestado pela gestão estadual de humanização -SESAU? De que forma a SESAU pode ser mais efetiva na capilarização e fortalecimento da PNH junto à Unidade de Saúde?

12. Quais setores da Unidade de Saúde estão envolvidos nos trabalhos da PNH?

13. Tem algum servidor dessa Unidade de Saúde que participou ou participando do **Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da PNH?** Em caso afirmativo citar o nome completo do servidor.

14. Relacionar o **nome completo** da equipe que trabalha com a PNH na unidade, **telefone** e **e-mail**:

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista da segunda fase da pesquisa

**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH
UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL**

Instrumento para coleta de dados da Coordenação de Desempenho e Regulação do Trabalho/Gerência de Humanização nos <u>Hospitais</u> sob gestão estadual.	
Município:	Data:
Unidade de Saúde:	
Diretor Geral:	
Diretor Administrativo:	
Responsável pela Humanização/PNH:	
Contatos de telefone:	
E-mail:	
Responsáveis pelo preenchimento:	

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO “É um modo de operar os processos de trabalho...”
1. A recepção do paciente é feita de forma acolhedora nas diversas fases do cuidado? Sim () Não ()
2. O cuidado ao usuário é feita por equipe multiinterdisciplinar? Sim () Não ()
3. Existe equipe (s) ou profissional (s) qualificado (s) para recepcionar o paciente? Sim () Não ()
4. As equipes são prestativas e comprometidas com o trabalho? Sim () Não ()
5. Os serviços são prestados de forma ágil e resolutivos? Sim () Não ()
6. A equipe sabe acolher o paciente em sua diferenças, dores, angústias, alegrias e modos de viver? Sim () Não ()
7. A equipe tem encontros/reuniões para reflexão sobre as práticas de saúde, com oportunidades de expressar seus sentimentos, angústias, e ideias? Sim () Não ()
8. A equipe multiprofissional dialóga e compartilha suas experiências e conhecimentos para qualificar a atenção ao paciente? Sim () Não ()
9. Existe uma articulação das ações de saúde entre os setores do hospital para que haja um atendimento realmente acolhedor? Sim () Não ()

<p>10. Os trabalhadores dispõem de espaço para descanso e conforto próximo ao seu setor de trabalho?</p> <p>Sim () Não ()</p>
<p>11. Os trabalhadores dispõem de espaço adequado para refeições (copa) próximo ao seu setor de trabalho? Sim () Não ()</p>
<p>12. Existe projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Sim () Não ()</p>
<p>AMBIÊNCIA “Humanização dos “territórios” de encontros do SUS</p>
<p>1. Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando: sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no serviço. Sim () Não ()</p>
<p>2. O hospital dispõe de acesso para deficientes (rampas, banheiros adaptados). Sim () Não ()</p>
<p>3. O hospital possui salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças. Sim () Não ()</p>
<p>4. Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>5. A unidade possui consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva. Sim () Não ()</p>
<p>6. O hospital possui instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência. Sim () Não ()</p>
<p>7. O hospital dispõe de instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante. Sim () Não ()</p>
<p>8. A unidade tem sistema de telefonia (telefones públicos instalados) que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>9. Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas. Sim () Não ()</p>
<p>10. Dispõe de vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>11. O hospital tem armazenamento, separação e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos. Sim () Não ()</p>
<p>12. A iluminação artificial contribui para uma ambiência mais aconchegante. No hospital a iluminação artificial é adequada em todos os ambientes? Sim () Não ()</p>

<p>13.Toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol, o que influencia em seu estado de saúde. A iluminação natural é garantida a todos os ambientes que permitirem? Sim () Não ()</p>
<p>14.Os ambientes são livres de odores que podem interferir no bem estar das pessoas? Sim () Não ()</p>
<p>15.Houve planejamento em relação a pintura e decoração de cada ambiente no hospital? Sim () Não ()</p>
<p>16.O hospital possui jardins e áreas externas com bancos para estar e relaxamento para os trabalhadores? Sim () Não () E para os usuários? Sim () Não ()</p>
<p>17.O hospital faz uso de divisórias ou cortinas, quando necessário, para garantir ao mesmo tempo integração e privacidade do usuário? Sim () Não ()</p>
<p>18.O hospital possui em seus diversos setores acesso a bebedouros para usuários e trabalhadores? Sim () Não ()</p>
<p>19.Na recepção existem divisórias de vidro que dificultam a interação entre atendente e usuário? Sim () Não ()</p>
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)
<p>1.Os profissionais tem conhecimento sobre “ACCR”? Sim () Não ()</p>
<p>2.Os profissionais sabem a diferença entre ACCR e Triagem? Sim () Não ()</p>
<p>3.A equipe multiprofissional conhece os protocolos técnicos sobre ACCR? Sim () Não ()</p>
<p>4.O hospital possui na mesma sala de ACCR os seguintes profissionais: Enfermeiro de nível superior Sim () Não () Enfermeira e Técnico em Enfermagem Sim () Não () Enfermeira, Técnico em Enfermagem, Psicóloga e Assistente social Sim () Não ()</p>
<p>5.O hospital possui:</p> <p>Área Vermelha (Sala de emergência) Sim () Não ()</p> <p>Área Amarela (Sala para pte críticos ou semi-críticos, mas já estabilizados) Sim () Não ()</p> <p>Área Verde (Salas de observação separadas por sexo e idade (adulto e cça) Sim () Não ()</p> <p>Área Azul (Pctes não graves) Sim () Não ()</p>
<p>6.O hospital possui <u>espaço físico adequado</u>, com <u>fluxos claros</u>, <u>informação</u> e <u>sinalização</u> para:</p> <p>Área Vermelha (Sala de emergência) Sim () Não ()</p> <p>Área Amarela (Sala para pte críticos ou semi-críticos, mas já estabilizados) Sim () Não ()</p> <p>Área Verde (Salas de observação separadas por sexo e idade (adulto e criança) Sim () Não ()</p> <p>Área Azul (Pctes não graves) Sim () Não ()</p>

DIRETRIZ: COGESTÃO “...todos são gestores de seus processos de trabalho”.
<p>1.O hospital possui um <u>Colegiado de Gestão</u> (espaço de negociação, definição de prioridades, investimentos, projetos, avaliação..) implementado, com metodologia e plano de trabalho? Sim () Não ()</p>
<p>2.O hospital tem Conselho de Gestão Hospitalar (comissão de acompanhamento ou equivalente de controle social - trabalhadores, gestores e usuários) com metodologia e plano de acompanhamento? Sim () Não ()</p>
<p>3.Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor? Sim () Não ()</p>
<p>4.Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados? Sim () Não ()</p>
<p>5. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas entre gestores, trabalhadores, usuários, e redes para ampliação do acesso, qualificação e humanização, valorização do trabalhador) Sim () Não ()</p>
<p>6.Mesas de negociação permanentes paritárias (gestores e trabalhadores – construção coletiva do plano de trabalho, relações de trabalho e agenda de prioridades) Sim () Não ()</p>
<p>7. Os trabalhadores participam do planejamento, tomada de decisões, avaliação e implementação das ações de saúde no hospital? Sim () Não ()</p>
DIRETRIZ: DEFESA DOS DIREITOS DO USUÁRIO
<p>1.Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes). Sim () Não ()</p>
<p>2.Crachás implementados com foto para identificação dos trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>3.Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação. Sim () Não ()</p>
<p>4.Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. Sim () Não ()</p>
<p>5.Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados. Sim () Não ()</p>
<p>6.Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados. Sim () Não ()</p>
<p>7.Projeto implementado de atendimento escolar para crianças e adolescentes internados. Sim () Não ()</p>

<p>8.Refeitório estruturado e implementado como local para as refeições regulares dos usuários internados. Sim () Não ()</p>
<p>9.Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento aos casos justificados pelas equipes de referência (e pela reivindicação apresentada por representantes de grupos culturalmente diferenciados). Sim () Não ()</p>
<p>10.Atividades lúdicas culturais (), de lazer e ocupacionais () programadas para acontecerem regularmente nas dependências do hospital: jogos coletivos (), teatro (), vídeos (), comemorações de datas festivas (), biblioteca viva (), brinquedoteca (), parquinho (), salão de costura (), bazares (), salão de beleza (), pastoral dos enfermos () e outras manifestações religiosas específicas dos usuários culturalmente diferenciados, como indígenas, ciganos e praticantes de religiões de matrizes afro-brasileiras (). Não realiza atividades ()</p>
<p>11.Aparelhos de televisão instalados nos quartos e nas enfermarias. Sim () Não ()</p>
<p>12.Uso livre de roupas pessoais permitido para usuários internados. Sim () Não ()</p>
<p>13.Liberação para crianças internadas permanecerem com seus objetos de estimação (brinquedos). Sim () Não ()</p>
<p>14.Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço. Sim () Não ()</p>
<p>15.N.º de pessoas da comunidade atuando como voluntários na unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura. Sim () Não ()</p>
<p>16. No hospital são realizadas reuniões com familiares de usuários internados, pelo menos, uma vez por semana para orientação, informações, esclarecimentos, etc..? Sim () Não ()</p>
<p>17.Existem estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento, procedimentos, cirurgias, custos (insumos mais significativos), etc... Sim () Não ()</p>
<p>18.Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados. Sim () Não ()</p>
<p>19.Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados, avaliações e resolutividade. Sim () Não ()</p>
<p>20. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>21.Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários. Sim () Não ()</p>

<p>22. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de usuários, com plano e prazos de correções e adequações. Sim () Não ()</p>
<p>23. Sala de leitura com livros atualizados disponíveis para os usuários. Sim () Não ()</p>
<p>DIRETRIZ: CLÍNICA AMPLIADA</p>
<p>1. Existem equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação? Sim () Não ()</p>
<p>2. Visita multidisciplinar integrada implantada no serviço? Sim () Não ()</p>
<p>3. O hospital tem trabalhadores com domínio de informações sobre procedimentos e normas de encaminhamento de usuários para outro serviço em caso de falta de vaga para internação. Sim () Não ()</p>
<p>4. São realizadas reuniões de equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a equipe e encaminhamentos registrados em atas/ relatórios? Sim () Não ()</p>
<p>5. Existem projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados e implementados por equipes multiprofissionais? Sim () Não ()</p>
<p>6. Existe prontuário integrado (único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)? Sim () Não ()</p>
<p>7. Prontuários com registros regulares pelo menos da equipe médica e de enfermagem (com lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)? Sim () Não ()</p>
<p>8. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no serviço. Sim () Não ()</p>
<p>9. Existem protocolos de referência e contra referência elaborados e implementados? Sim () Não ()</p>
<p>10. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do hospital sobre contatos com os profissionais de unidades básicas a respeito dos usuários internados procedentes dessas unidades? Sim () Não ()</p>
<p>11. Protocolos de acompanhamento de doentes terminais elaborados e implementados? Sim () Não ()</p>
<p>12. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades? Sim () Não ()</p>
<p>13. Existem equipes preparadas para atendimentos de acompanhantes e familiares? Sim () Não ()</p>

<p>14. Existem equipes para investigação diagnóstica e tratamento junto aos familiares/grupo social? Sim () Não ()</p>
DIRETRIZ: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR
<p>1. Existem estudos sobre os fatores de adoecimento/sofrimento relacionados ao trabalho nesta unidade de saúde? Sim () Não ()</p>
<p>2. O hospital possui registros com percentual de atestados e licenças comparados com o total de trabalhadores? Sim () Não ()</p>
<p>3. Existe alguma iniciativa por parte da gestão de enfrentamento das problemáticas relacionadas ao número de licenças e atestados. Sim () Não ()</p>
<p>4. Há na unidade alguma iniciativa de educação permanente/qualificação relacionada a saúde no trabalho. Sim () Não ()</p>
<p>5. A unidade possui sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metasp. Sim () Não ()</p>
<p>6. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho. Sim () Não ()</p>
<p>7. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os melhores servidores do ano. Sim () Não ()</p>
<p>8. O hospital possui sistemas de escuta resolutivos e gerência de porta aberta para os trabalhadores? Sim () Não ()</p>
<p>9. O hospital tem plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização? Sim () Não ()</p>
<p>10. Possui projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST). Sim () Não ()</p>
<p>11. O hospital possui projetos de articulação de talentos nos serviços (arte/ cultura e técnico-científico)? Sim () Não ()</p>
<p>12. A unidade possui o percentual de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos e concluintes de programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos por meio da Instituição. Sim () Não ()</p>
<p>13. Ouvidoria institucional ou serviço implementado para escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações e resolutividade. Sim () Não ()</p>
<p>14. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores. Sim () Não ()</p>

15. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores. Sim () Não ()
16. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações. Sim () Não ()
17. Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar. Sim () Não ()
18. Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho. Sim () Não ()
19. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados. Sim () Não ()
20. Áreas implementadas para convívio, descanso e lanche da equipe de trabalho. Sim () Não ()
21. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo. Sim () Não ()
22. Plano e agenda de educação permanente para os trabalhadores, com levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação dos mesmos. Sim () Não ()
23. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas ao serviço, com percentual de liberados em relação ao total de trabalhadores. Sim () Não ()
24. Estratégias implementadas de incentivo e controle a práticas de investigação/ pesquisa em serviço para os trabalhadores (concluídas e em andamento). Sim () Não ()
25. Os trabalhadores novos no serviço são recebidos de forma acolhedora e participam de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória. Sim () Não ()
26. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores. Sim () Não ()
27. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente. Sim () Não ()
28. Sala de leitura com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço disponível para os trabalhadores. Sim () Não ()
29. Sistema implementado de avaliação e gestão baseados em desempenho/ metas, e comissão de avaliação de desempenho instituída, com participação dos trabalhadores. Sim () Não ()

<p>30. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência. Sim () Não ()</p>
<p>31. Recorte de eventos-sentinelas a serem tomados como situações para vigilância no âmbito hospitalar e também como geradores de ações no nível local (situações a serem abrangidas por projetos de saúde coletiva, integrando hospital e outras unidades de saúde). Sim () Não ()</p>
<p>32. Apresentação mensal de relatórios, com análises e condutas, procedentes das comissões de vigilância: De revisão de prontuários (); De revisão de óbitos (); De controle de infecção hospitalar, com análise e condutas (); De mortalidade por grupos de risco (); De vigilância ao óbito infantil (); De mortalidade materna e neonatal; De farmacovigilância (); De hemovigilância (); De documentação médica (); De ética (); () Não apresenta relatórios</p>
<p>33. Preenchimento regular de boletins de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Sim () Não ()</p>
<p>34. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores. Sim () Não ()</p>
<p>35. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe. Sim () Não ()</p>
<p>36. Controle de altas com preenchimento adequado de instrumentos de encaminhamentos para seguimento na rede, conforme protocolos. Sim () Não ()</p>
<p>37. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte. Sim () Não ()</p>
<p>38. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da unidade. Sim () Não ()</p>
<p>39. O hospital faz publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros. Sim () Não ()</p>

APÊNDICE C - Resultados obtidos na pesquisa inicial em 2011

Equipes desenvolvendo trabalhos de humanização

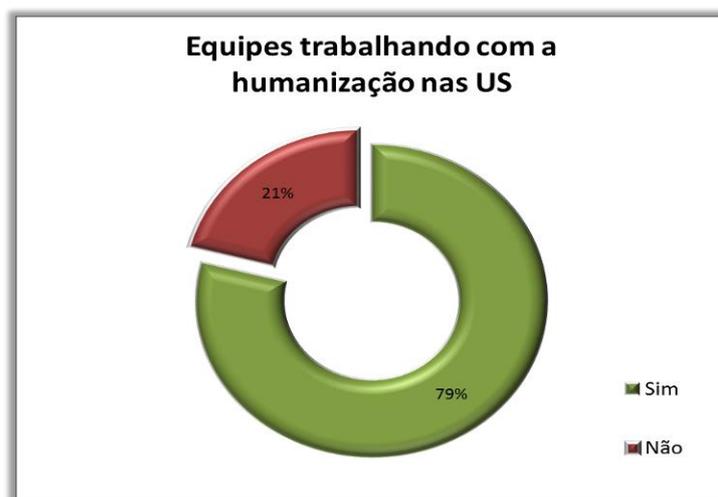


Gráfico 01: Percentual de US sob gestão estadual com equipes desenvolvendo trabalhos de humanização. Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Setores de humanização formalizados



Gráfico 02: Percentual de setores formalizados nas US sob gestão estadual. Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Setores de humanização instituídos

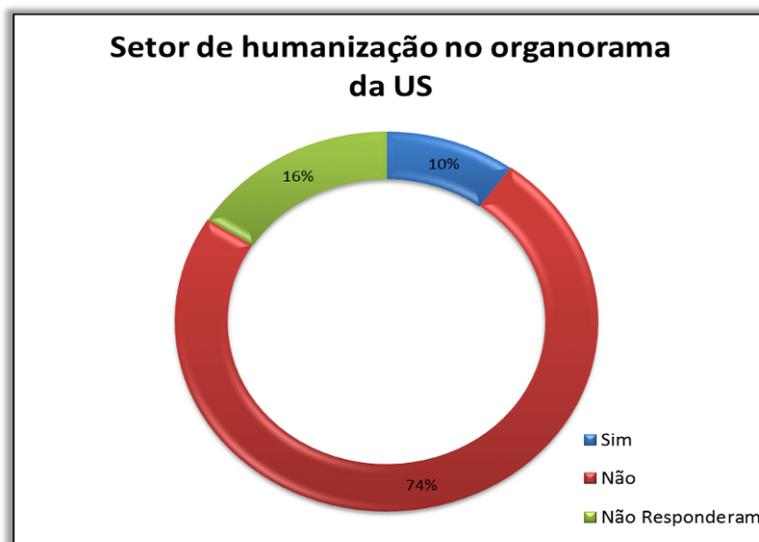


Gráfico 03: Percentual de setores de humanização instituídos nas US sob gestão estadual.
 Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Equipes atuando exclusivamente nas ações da PNH

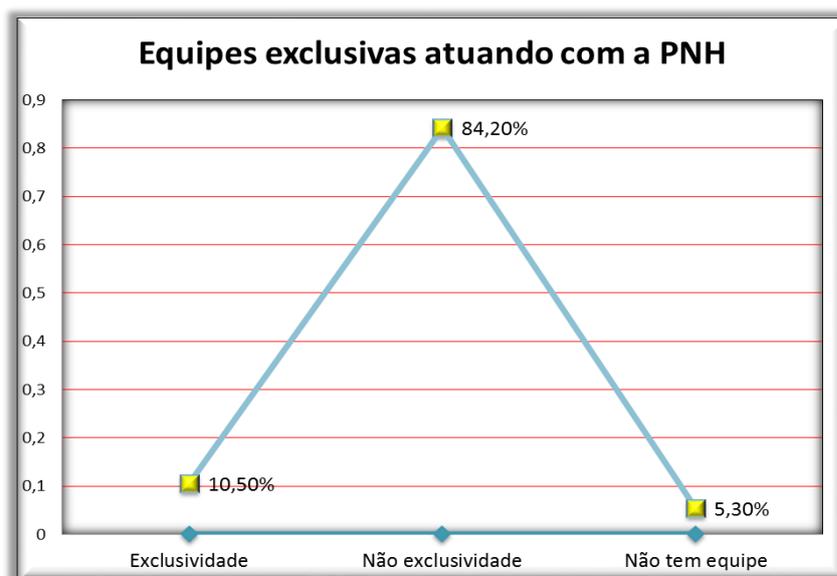


Gráfico 04: Percentual de equipes atuando exclusivamente nas ações de humanização nas US sob gestão estadual. Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Grupos de trabalho de humanização atuantes

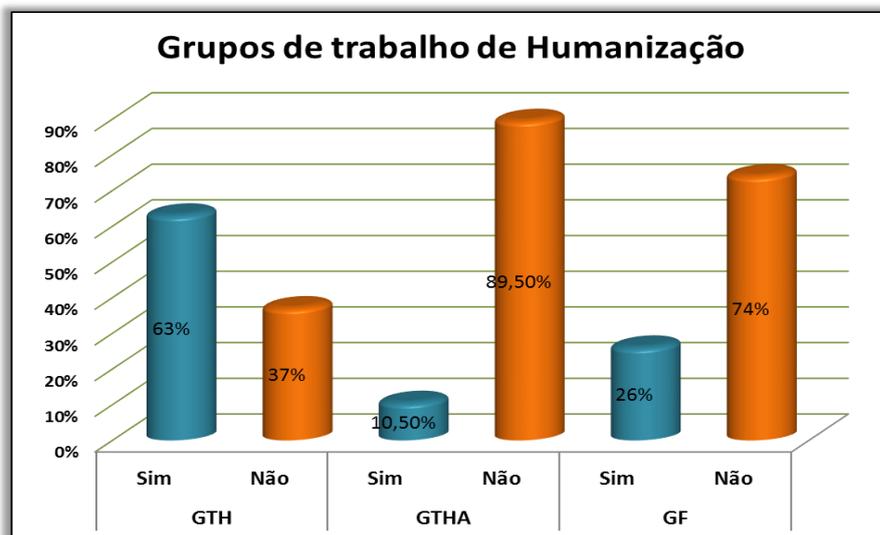


Gráfico 05: Percentual dos diferentes grupos de humanização trabalhando nas US sob gestão estadual.
Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Ações de humanização realizadas na US

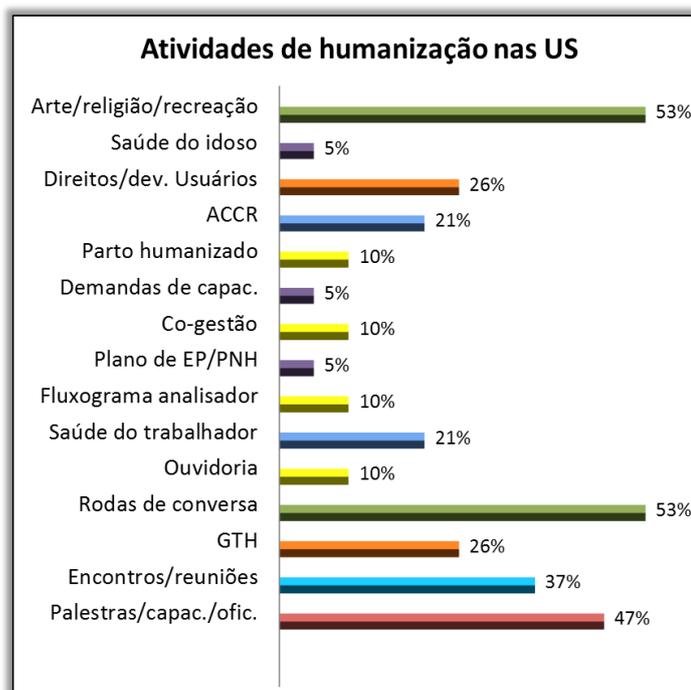


Gráfico 06: Ações de humanização que estão sendo realizadas nas US sob gestão estadual.
Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Conhecimento sobre a PNH

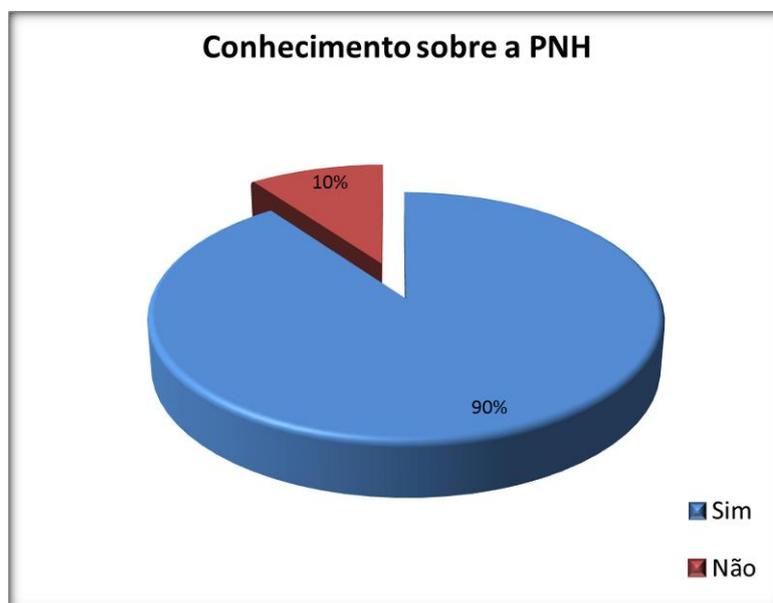


Gráfico 07: Percentual de US sob gestão estadual que afirmam ter conhecimento sobre as cartilhas e materiais da PNH do MS.

Fonte: Pesquisa de campo (2011).

US com acesso aos meios de comunicação

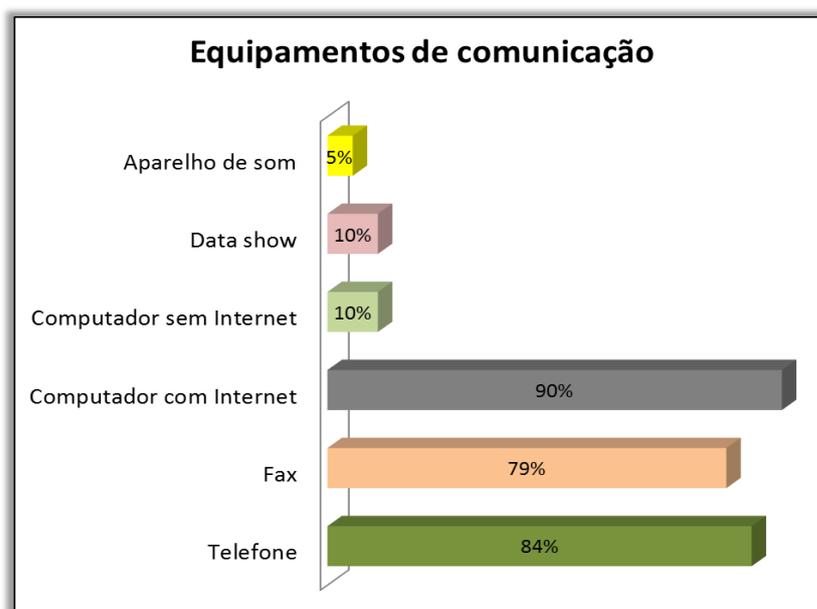


Gráfico 08: Percentual de US sob gestão estadual que dispõe de equipamentos de comunicação e informação. Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Dificuldades de implementação da PNH na US



Gráfico 09: Percentual das dificuldades na US sob gestão estadual para realização de ações conforme diretrizes e dispositivos da PNH.

Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Dificuldades apontadas pelas US

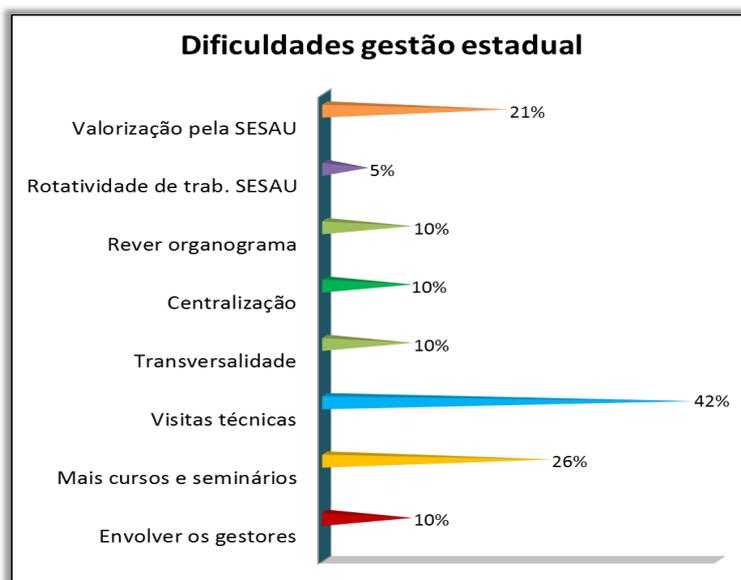


Gráfico 10: Percentual de dificuldades apontadas pela US em relação ao apoio técnico prestado pela gestão estadual de humanização em saúde. Fonte: Pesquisa de campo (2011).

Setores de US envolvidos com a PNH

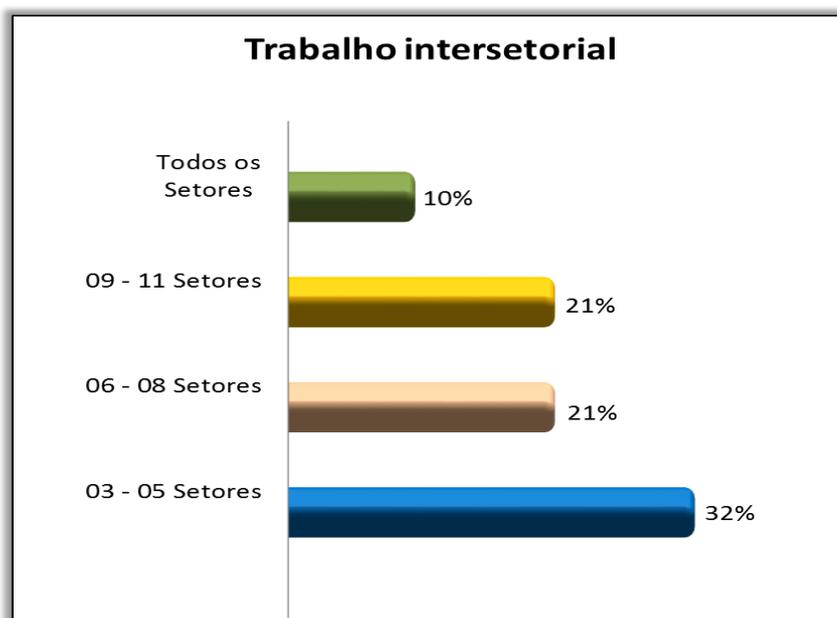


Gráfico 11: Percentual de setores da US sob gestão estadual envolvidos com as atividades da PNH.
Fonte: Pesquisa de campo (2011).

APÊNDICE D – Questionário de análise da cidadania deliberativa

Este questionário tem por finalidade conhecer a opinião do trabalhador para que tenhamos informações necessárias para melhorar os processos de trabalho neste hospital. Portanto, sua colaboração em respondê-lo, será de extrema relevância aos setores envolvidos.

Informamos que todas as perguntas estão baseadas em critérios validados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelas políticas do Ministério da Saúde (MS) e pelo Programa de Estudos em Gestão Social (Pegs) da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV). Sendo que o questionário de análise da cidadania deliberativa, engloba vinte e um critérios, conforme descritos antes de cada pergunta, nas seguintes categorias: Processo de discussão, inclusão, pluralismo, igualdade participativa, autonomia e bem-comum.

Por favor, responda todas as questões, fazendo um círculo no número que melhor corresponde a sua realidade. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugerimos escolher entre as alternativas, a que lhe parecer ser a mais adequada.

DADOS PESSOAIS

- 1) **Idade:** ____anos
 - 2) **Sexo:** () Masculino () Feminino
 - 3) **Estado civil:**
 - () Solteiro (a)
 - () Casado (a)/União estável
 - () Viúvo (a)
 - () Separado (a)/divorciado(a)
 - 4) **Escolaridade:**
 - () Ensino fundamental completo
 - () Ensino médio completo
 - () Ensino superior completo
 - () Pós-graduação incompleto

 - () Ensino fundamental incompleto
 - () Ensino médio incompleto
 - () Ensino superior incompleto
 - () Pós-graduação incompleto
 - 5) **Qual sua formação profissional?**
-

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DA CIDADANIA DELIBERATIVA

1. Canais de difusão

Durante o tempo que você trabalha nesta unidade de saúde, você teve acesso ao convite para participar do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

2. Qualidade da informação

Você avalia que as formas de divulgação do convite para participar do Grupo de Trabalho de Humanização (murais, email's, WatsApp, convite impresso e comunicação interna) foram:				
Muito ruim	Ruim	Média	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

2.1 Pode assinalar mais de uma opção. Caso tenha tido acesso ao convite para participar do Grupo de Trabalho de Humanização, este foi por meio de:

- () Murais
- () Email
- () WatsApp
- () Convite impresso
- () Comunicação Interna
- () Convite verbal

2.2 Caso não tenha tido acesso ao convite para participar do Grupo de Trabalho de Humanização, sugere outra forma de comunicação? Qual (is)? _____

3. Espaços de transversalidade

Considerando a transversalidade da Política Nacional de Humanização, em que medida você ou sua equipe se sentiram pertencentes e integrados no Grupo de Trabalho de Humanização, durante os processos de discussão?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

4. Pluralidade do grupo promotor

Durante os encontros do Grupo de Trabalho de Humanização, houve compartilhamento de liderança, oportunizando a participação de todos nas diferentes responsabilidades (condução do grupo, redação das memórias, realização de dinâmicas, etc..)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

5. Órgãos existentes

Antes do início da formação do Grupo de Trabalho de Humanização, havia nesta unidade de saúde, outros grupos ou espaços de discussão com objetivos semelhantes ao GTH?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

6. Órgão de acompanhamento

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU) acompanhou todo o processo de formação do Grupo de Trabalho de Humanização nesta unidade de saúde, garantindo a coerência e a fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

7. Relação com outros processos participativos

Em sua avaliação, houve interação do Grupo de Trabalho de Humanização com outros grupos participativos (GTH's, colegiados, conselhos, etc.) de outras unidades ou órgãos de saúde municipal ou estadual?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

8. Abertura dos espaços de decisão

O Grupo de Trabalho de Humanização, como espaço democrático a que se propõe, possibilitou a participação de todos os atores envolvidos na tomada de decisão em relação às ações de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

9. Aceitação social, política e técnica

Você, ao participar dos encontros do Grupo de Trabalho de Humanização, sentiu-se incluído no processo, no âmbito das relações interpessoais, na participação e como profissional?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

10. Valorização cidadã

Ao participar dos encontros do Grupo de Trabalho de Humanização, você considera que suas falas e colocações eram relevantes e valorizadas pelos outros integrantes?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

11. Participação de diferentes atores

Em sua opinião, o Grupo de Trabalho de Humanização buscou estabelecer parcerias e articulações com outras unidades de saúde (HGPP, HMDR, SESAU, unidades de saúde municipais, etc..) e com cidadãos não organizados da sociedade civil (pais dos pacientes, membros da comunidade e empresas), proporcionando espaço de participação social dos diferentes sujeitos na tomada de decisão.

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

12. Perfil dos atores

Antes de você participar do Grupo de Trabalho de Humanização, você já havia tido experiências de participar em processos decisórios democráticos (conselhos, colegiados de gestão, etc..)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

13. Forma de escolha de representantes

Em sua opinião, nos encontros do Grupo de Trabalho de Humanização, foi oportunizado aos integrantes desenvolver tarefas de liderança neste espaço?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

14. Discursos dos representantes

Quando você participava do Grupo de Trabalho de Humanização, você considerava que os gestores valorizavam espaços e processos participativos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

15. Avaliação participativa

Ao participar do Grupo de Trabalho de Humanização, na sua percepção, os integrantes do grupo tiveram oportunidade de intervir, construir, acompanhar e avaliar as ações de saúde, conforme políticas do Ministério da Saúde (protocolos, fluxos, projetos, plano de ação, etc...)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

16. Origem das proposições

Em sua opinião, os trabalhadores do HIPP, tiveram interesse pelas iniciativas da SESAU, de implementação da Política Nacional de Humanização e suas propostas nesta unidade de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

16.1 Origem das proposições

Em sua opinião, as iniciativas da SESAU de implementação da Política Nacional de Humanização no HIPP e suas propostas estavam de acordo com os interesses dos gestores desta unidade de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

17. Alçada dos atores

Nos encontros do Grupo de Trabalho de Humanização, você se considerava um participante atuante na implementação da Política Nacional de Humanização e nas discussões dos processos de trabalho desta unidade de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

17.1 Suas opiniões e considerações eram:

- () Ouvidas somente
 () Ouvidas e respeitadas
 () Ouvidas, respeitadas e aceitas

18. Perfil da liderança

Enquanto você participava do Grupo de Trabalho de Humanização, você avalia que os gestores locais, desta unidade de saúde, apoiavam a descentralização do processo de decisão e execução de ações em saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

19. Possibilidade de exercer a própria vontade

Em sua avaliação, você acha que as normas e procedimentos desta unidade de saúde, permitem o exercício da vontade individual e coletiva?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

20. Objetivos alcançados

Em sua análise, o que foi planejado e decidido no Grupo de Trabalho de Humanização, atingiu o resultado esperado?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

21. Aprovação cidadã dos resultados

Em sua opinião, de modo geral, os planos e projetos desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho de Humanização, tiveram resultados positivos para esta unidade de saúde?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

22. Opinião cidadã

Por diversos motivos, o Grupo de Trabalho de Humanização interrompeu suas atividades durante vários meses. Você acha necessário que este espaço democrático de discussão dos processos de trabalho, seja ofertado novamente?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

22.1. Opinião cidadã

Se fosse ofertado novamente esse espaço, você participaria?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

APÊNDICE E - Plano de Intervenção

MATRIZ DE INTERVENÇÃO DE HUMANIZAÇÃO – UNIDADE DE SAÚDE (AÇÕES INICIADAS EM 2011)						
Responsáveis: Apoiadoras Institucionais e Grupo de Trabalho de Humanização						
Problematização dos processos de trabalho, dificuldades apontadas pelo GTH	Objetivos (Situação desejada/ ideal)	Ações baseadas nas diretrizes da PNH para superação das dificuldades encontradas. O que fazer?	Dispositivos e metodologias baseados na PNH e Política Nacional de Educação Permanente. Como Fazer?	Responsáveis e parceiros internos e externos	Período de execução	Resultados parciais alcançados
Hierarquização e centralização. Inexistência de espaço para discussão dos processos de trabalho.	Implementar Gestão Descentralizada e Participativa	Discutir com os trabalhadores de saúde os modos de cuidados e de gestão e as relações de poder, fortalecendo a cogestão. GTH'S	Implementação do GTH proporcionando espaço coletivo organizado participativo e democrático. Trabalhar a corresponsabilização. Possibilidade de formação de Conselho e Colegiado de Gestão Hospitalar e mesas de negociação com Contratos de gestão e pactuações com metas acordadas, Plano de Trabalho/ Plano Diretor.	Apoiadores da Humanização do hospital e SESAU.	Contínuo	Rodas de Conversa realizadas a partir de janeiro de 2011. GTH Implementado desde junho de 2011. Maior participação dos trabalhadores no planejamento, decisões e avaliação das ações.

<p>Melhorar o acolhimento nos serviços oferecidos pelo hospital</p>	<p>Serviço ágil e resolutivo, atenção integral à saúde. Projeto de Integração com a rede básica implantado, rotinas e fluxos, responsáveis e acompanhamentos.</p>	<p>Trabalhar o acolhimento; Fortalecimento da referência e contra referência;</p>	<p>ACCR, equipes de referência e apoio matricial.</p>	<p>Todos os trabalhadores envolvidos, apoiadores da PNH, Equipe de Referência do Dona Regina; Atenção Básica, usuários.</p>	<p>Iniciada as discussões em outubro de 2011</p>	<p>Muitas tentativas sem o resultado esperado</p>
<p>Trabalho fragmentado. Ausência da visão holística no cuidado.</p>	<p>Equipes multi-interdisciplinar com planos de atuação e como referência para usuários e familiares. Visita multidisciplinar integrada. Prontuário Integrado Único/ registros regulares.</p>	<p>Clinica Ampliada; Valorização do Trabalho e do Trabalhador. Direitos dos usuários.</p>	<p>Projetos Terapêuticos Singulares; rodas de conversa; GTH;</p>	<p>Todos os trabalhadores envolvidos no processo de produção de saúde, apoiadores da PNH da SESAU e de unidades de referência (apoio matricial).</p>	<p>Início em novembro de 2011;</p>	<p>Sem sucesso</p>

<p>Precarização do Trabalho e desvalorização do trabalhador</p>	<p>Plano de trabalho estabelecido com os trabalhadores. Participação efetiva dos trabalhadores nos processos planejamento, avaliação e tomada de decisão. Valorização do trabalho e do trabalhador - Programa de Qualidade de vida para os Trabalhadores</p>	<p>Trabalhar a Diretriz Saúde do Trabalhador preconizada na PNH</p>	<p>Programa de Acolhimento do novo trabalhador, Colegiados de Gestão, sistema de escuta resolutivos, pesquisa de satisfação Plano de Educação Permanente baseado na PNH (Aperfeiçoamento. e formação), Projetos de valorização e cuidado do trabalhador em saúde (Ginástica Laboral, PCCS, premiações, creche, etc.), Projeto de articulação de Talentos, Participação em eventos, Estudos de Fatores de adoecimento, Projeto de Prevenção de Risco.</p>	<p>Serviço de Humanização, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Núcleo de Educação Permanente (NEP), Apoiadores PNH e SESAU, Saúde do Trabalhador, Setor de pesquisa e Ouvidoria da SESAU, Assessoria de Imprensa, gestores.</p>	<p>Contínuo</p>	<p>NEP sendo implementado e com agenda de capacitações. Não apresentou plano de trabalho.</p>
<p>Assegurar que os direitos dos usuários sejam respeitados, permitir a participação cidadã</p>	<p>Divulgação aos trabalhadores e comunidade da "Carta dos Direitos dos Usuários do SUS" em respeito ao que preconiza este documento. Informações sobre os serviços oferecidos pelo hospital e seu funcionamento. Pedagogia Hospitalar (Brinquedoteca). Voluntariado.</p>	<p>Defesa dos Direitos dos Usuários</p>	<p>Visita Aberta, Direito ao acompanhante, Sistema de escuta, ouvidorias e pesquisa de satisfação, conselho de gestão, Carta de direitos dos usuários</p>	<p>Serviço de Humanização, NEP, Apoiadores PNH do hospital, Serviço de Portaria, áreas técnicas e clínicas do hospital, gestores, serviço de Pesquisa e Ouvidoria da SESAU, Assessoria de Imprensa, ONG's e instituições privadas.</p>	<p>Contínuo</p>	<p>Brinquedoteca em funcionamento, realizando diversas atividades com as crianças.</p>

<p>Adequar a Ambiência de acordo com projetos, provisão de recursos, equipamentos e insumos</p>	<p>Adequação da área física seguindo o conceito de ambiência da PNH</p>	<p>Ambiência e acolhimento</p>	<p>Projeto de adequação de ambiente construído coletivamente (sinalização, sala de espera, recepção, instalações, etc.) Acolhimento</p>	<p>Todos os setores do hospital, apoiadores PNH, SESAU, Arquitetos e outros profissionais do MS, Gestores, ONG's e instituições privadas.</p>	<p>Depende do andamento das obras do novo hospital maternidade e da mudança do hospital para o antigo hospital maternidade</p>	<p>Elaboração de documento para Humanização SESAU, Secretário e Pró-saúde com as adequações a serem feitas no novo hospital, antes da mudança</p>
<p>Qualificar e otimizar o trabalho e criar instrumentos de avaliação e monitoramento dos serviços</p>	<p>Sistema implementado de avaliação, monitoramento e gestão. Projeto Sentinela em funcionamento, sistema de informações padronizados</p>	<p>Valorização do trabalho e do Trabalhador</p>	<p>Monitoramento e avaliação, contratos de gestão, projetos cogерidos</p>	<p>Todos os setores do Hospital que exijam vigilância (CCIH, Vigilância Epidemiológica., Farmácia, Hemocentro, Documentos Médicos, etc.). Todos os serviços q demandarem necessidade de avaliação. Apoiadores PNH e SESAU, Setor de Informação do hospital e SESAU</p>	<p>Contínuo</p>	<p>Sem sucesso</p>

APÊNDICE F – Plano de Ação de Humanização

PLANO DE AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO – UNIDADE DE SAÚDE (Ações de curto, médio e longo prazo)						
Objetivos/dispositivos: Implementar a PNH e Fortalecimento do GTH/Cogestão						
Responsáveis: Apoiadoras Institucionais e Grupo de Trabalho de Humanização						
Ações/ Estratégias	Responsáveis/Adm.	Parcerias Internas e Externas	Período	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Resultados Alcançados
<p>2011/2012 - Realizar Rodas de Conversa com os trabalhadores para reflexão das práticas de trabalho, propostas, planejamento, etc. nos diversos setores do hospital (em Locus). 2012 - Nova estratégia, conversa em locus/entrevista com perguntas previamente estruturadas.</p> <p>2013 -/2014 Capilarizar PNH através de Rodas de Conversa nos setores - responsabilização coordenadores/gerentes e equipes</p>	<p>2011/2012 - Setor de Humanização/Apoiador PNH</p> <p>2013 - Responsáveis pelos setores e suas equipes</p>	<p>SESAU/Humanização do hospital</p>	<p>2011/2012 - Iniciado em Jan.</p> <p>2013 - Iniciado em junho.</p>	<p>Textos, cartilhas, artigos sobre a PNH, outras políticas públicas e assuntos relacionados ao trabalho. Roteiros de orientação baseados nos materiais do MS (Projeto Capliarização PNH)</p>	<p>2011/2012/2013 - Divulgação da política, apropriação da PNH pelos trabalhadores, reflexão e propostas de mudança nas práticas de trabalho</p>	<p>2012 /2013 Não foi possível realizar as rodas de conversa nos setores. Seguimos metodologia da Pró-Saúde que desconsidera o que é preconizado pela PNH</p> <p>2014 Pequenos movimentos de trabalhos em alguns setores do hospital. Gestores e gerentes resistentes</p>

<p>2011/2012 -Grupo de Estudo sobre a PNH e outras políticas do SUS - quinzenal 2013/2014 - Incentivar que cada setor tenha seu grupo de estudos (descentralização/autonomia/protagonismo)</p>	<p>2011/2012 - Designações do GTH 2013)2014 - Coord./Gerentes do setores com sua equipe</p>	<p>Apoiadores da PNH, HMDR e HGP Setor de Humanização do hospital</p>	<p>2011 /2012 - Iniciado em out. 2011 .Quinzenal das 9:15 às 10:00/Contínuo 2013/2014 - Setores farão seu cronograma</p>	<p>Cópias de textos, cartilhas do MS, artigos e outras publicações referentes à saúde pública</p>	<p>2011/2012/2013/2014 - Apropriação pelos trabalhadores das políticas do SUS, protagonismo, autonomia</p>	<p>2011/2012 - Realizados estudos sobre a PNH e outros assuntos pertinentes aos processos de trabalho. Apropriação por alguns trabalhadores sobre a política. 2013 Brinquedoteca tem realizado grupo de estudo e a enfermagem dará início em 2014. 2014 Poucos setores se reunindo para estudo</p>
<p>2012 - Potencializar encontros do GTH envolvendo a equipe multiprofissional Grupo Focal- protocolos. 2013 - Retomar GTH quinzenal em junho 2014 – Retomar GTH</p>	<p>Setor de Humanização, GTH, Apoiadores PNH</p>	<p>Apoio Institucional da SESAU e MS</p>	<p>2011/2012 - Os encontros estão acontecendo semanalmente desde Jan de 2011 toda quinta-feira das 10:00 às 11:00/Contínuo. Após orientação da Consultora (Pró-Saúde) e discussão no GTH os encontros passaram a ser quinzenais. 2013 - Quinzenal</p>	<p>Espaço físico adequado, cadeiras, flip-chart, pincéis, materiais sobre a PNH</p>	<p>2011/2012/2013 - Participação dos trabalhadores no processo de diagnóstico, planejamento e tomada de decisões. Aumento do protagonismo e coresponsabilização. Encaminhamento de Memorando com as demandas levantadas para Diretorias do HIP, SESAU e Pró-Saúde. 2013 - GTH fortalecido com possível evolução para um Grupo Cogestor.</p>	<p>2011/2012 - Maior integração e participação dos trabalhadores no processo de diagnóstico, planejamento e tomada de decisões. Aumento do protagonismo e coresponsabilização. Levantamento das demandas do hospital no coletivo. Maior conhecimento sobre a PNH. 2013 - 1º semestre Grupo focal para construção dos protocolos de ACR e Violência. 2º semestre encontro quinzenal do GTH com apoio da gestão do hospital. 2014 – Desconstrução do GTH</p>

<p>2012/2013/2014 - Estimular o interesse e a participação no GTH e Grupo Focal quando necessário (Confeccionar e distribuir convites nos murais, enviar por e-mail, e individualmente (com balas e bombons) para encontros do GTH, Jornal Informativo</p>	<p>Designações do GTH, Setor de Humanização</p>	<p>Assessoria de Comunicação, Equipe Multiprofissional Diretorias do HIPP, HGPP</p>	<p>2011/2012 - Semanal 2013 - Quinzenal</p>	<p>Computador com Internet, papel A4, balas, bombons</p>	<p>2011/2012/2013 - Maior adesão dos trabalhadores ao GTH/corresponsabilização/cogestão</p>	<p>2011 - Foi enviado email semanal convidando para participação no GTH. Faltam confeccionar os convites dos murais e os individuais. 2012 - Enviado email's e colocado convites nos murais. 2013 - Retomar GTH em junho. 2014 - Descontinuado</p>
<p>2012/2013/2014 Confeccionar Folder de divulgação da PNH para trabalhadores, gestores e usuários do hospital</p>	<p>Setor de Humanização, NEP, Participantes do GTH.</p>	<p>SESAU, HMDR, HGP,</p>	<p>Processo contínuo</p>	<p>Reprografia (folder)/impressão</p>	<p>Democratizar as informações sobre a PNH (Conceitos, diretrizes, dispositivos, etc.)</p>	<p>2011/2012 -Solicitado folder à SESAU, aguardando chegar do MS para fazer as cópias. MS não enviou. Fátima do Pró-Saúde levou um folder para reproduzir 1.000 cópias em 03/11/2011. Até o momento não tivemos retorno dos folders (14/06/2012). 2013 - Reaproveitamos folders que sobraram do 1º encontro de Apoiadores em Humanização (200 un) do Tocantins/SESAU, foram colocados na recepção. 2014 – Distribuição da cartilha da PNH para os Gestores</p>

<p>2011 - Organizar o Setor de Humanização do hospital e elaborar o Regimento Interno do mesmo. 2013 - Revisão dos regimentos dos setores à luz da PNH.</p>	<p>Setor de Humanização e participantes do GTH</p>	<p>Setor de Humanização, GTH, Equipe Multiprofissional, Setor de Pessoal e Portaria, Gestores</p>	<p>2011 - Regimento iniciado e concluído. 2011/2012/2013/2014 - Setor em funcionamento.</p>	<p>Sala adequada, Computador com Internet, materiais sobre a PNH para embasamento, cópias do Regimento para os membros do GTH</p>	<p>2011/2012/2013 - Serviço de Humanização organizado com equipe formada e Regimento Interno</p>	<p>2011 - Serviço de Humanização organizado a partir do dia 19/09/2011. Equipe formada por um Psicólogo, um Administrador e um Assistente Social. Regimento elaborado, aprovado pelo GTH em 29/09/2011. Falta espaço físico adequado, computador e mobília e apoio técnico da SESAU. 2012/2013 - Setor em funcionamento seguindo este Plano de Ação e outras atividades solicitadas pela Diretoria Geral (ações em datas comemorativas). 2012 - Revisão do Regimento a pedido da Diretoria Geral e Setor da Qualidade, feito adequações. 2013 - Revisado regimentos dos setores do hospital de 03/07 à 30/07 2014 – Setor em funcionamento</p>
<p>2012 - Elaborar e aprovar o Regimento do GTH</p>	<p>Setor de Humanização, membros do GTH, Gestores</p>	<p>Setor Humanização, psicologia, Serv. Social, Odontologia, Adm., Fisioterapia, gestores</p>		<p>Computador com Internet, materiais sobre a PNH para embasamento, cópias para os membros do GTH</p>	<p>Organização e modos de funcionamento do GTH do hospital, legitimidade</p>	<p>Segundo orientações da Humanização da SESAU não precisa ter Regimento do GTH. Ação descontinuada</p>

Objetivos/dispositivos: Acolhimento e ACCR						
Ações/ Estratégias	Responsáveis/Adm.	Parcerias Internas e Externas	Período	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Resultados Alcançados
2012/2013/2014 - Realizar Rodas de Conversa sobre acolhimento: Postura e prática para o SUS com os trabalhadores nos diversos setores (em locus)	Setor de Humanização e Apoiadores PNH	SESAU	2012 -Iniciar em Jan	Computador, impressora, textos, cartilhas, artigos sobre acolhimento	2012/2013 - Apropriação sobre acolhimento, recepção do paciente de forma acolhedora, equipe qualificada, trabalho multi-interdisciplinar, serviço ágil e resolutivo.	2012/2013/2014 - Não foi possível realizar as rodas nos setores. Assunto foi discutido no GTH e GF. Realizado várias reuniões com HGPP, HMPDR, SESAU e Pró-Saúde
2012/2013/2014 - Promover encontros para discussões sobre acolhimento e ACCR e protocolos com as equipes envolvidas	Humanização, Serviço, Social, Psicologia, Recepção, Médicos, Enfermagem, NEP, Supervisora do Internato, internatos e residentes.	SESAU, HMDR, Trabalhadores que tenham envolvimento com esta área	2011 - Iniciou em out/contínuo	Textos, cartilhas, artigos sobre ACCR do MS, computador com internet	Organizar os serviços conforme preconizado pelo MS e PNH. Elaborar os protocolos, organizar a rede de serviços interno e externo	2012 - Início das discussões em Janeiro. Solicitado curso de ACCR ao NEP para 2012. 2013 - Protocolo de ACCR concluído, aprovado e apresentado para coordenadores e áreas técnicas da SESAU e SEMUS em 07/03/2013. 2014 – Sem efetividade
2011/2012/2013 - Confeccionar Cartazes informativos coloridos para os murais do hospital sobre a PNH (conceitos, diretrizes, dispositivos, etc.)	Setor de Humanização e Apoiadores PNH	Setor de Humanização, apoiadores PNH, Assessoria de Imprensa	2011 - Iniciou em out/processo contínuo	Computador, Impressora, Textos, cartilhas, artigos sobre acolhimento, cartolinas, pincéis	Divulgação dos dispositivos e diretrizes da PNH	2011 - Cartazes foram colocadas nos murais esporadicamente. 2012 - Foram elaborados e confeccionados todos os cartazes para este ano, não foram impressos por falta de toner e papel. Falta enviar para a gráfica (20 cópias de cada; tam 35x25 cm/paisagem). 2013 - Cartazes não foram para a gráfica, foram impressos no hospital e fixados nos murais a cada quinze dias. 2014 – Ação descontinuada pro falta de materiais.

<p>2012/2013 - Formar e capacitar equipe de ACCR com Médico, enfermeiro, Assistente Social, Psicóloga e Técnico em enfermagem</p>	<p>Setor de Humanização, Apoiadores PNH, Responsáveis e equipes de trabalho das áreas envolvidas, NEP</p>	<p>Pró-Saúde, SESAU</p>	<p>Depende de mudança para o novo hospital devido ao espaço físico</p>	<p>Sala adequada, computadores, equipamentos médicos e de enfermagem, mobiliário</p>	<p>Espaço físico adequado, mobília e equipamentos. Equipe de ACCR formada, equipe multi-interdisciplinar, serviço ágil, resolutivo e integral</p>	<p>2011/2012 - Realizado reuniões com Equipes do hospital, HGPP, HMPDR, SESAU e Pró-Saúde para discutir Acolhimento, referência e contra referência. Pró-saúde deixou um fluxo de ações sobre como começar a organizar os serviços. Falta de consultórios adequados para toda a equipe (Trabalho integrado). 2013 - Em maio iniciou-se o planejamento das capacitações em ACCR, postura e ética. Curso de ACCR 05 a 07/06. 2014 – Baixa efetividade</p>
Objetivos/dispositivos: Implementar Saúde do Trabalhador						
Ações/ Estratégias	Responsáveis/Adm.	Parcerias Internas e Externas	Período	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Resultados Alcançados
<p>2011/2012/2013 - Implementar o Serviço de Saúde do Trabalhador - ST</p>	<p>Setor de Humanização, Resp. pela ST no HIPP e Gestores</p>	<p>SESAU, Setor Humanização, NEP, Fisioterapia, Enfermagem</p>	<p>2010 - O serviço iniciou em agosto</p>	<p>Sala adequada, computador com Internet, mobiliário, pastas, material e cartilhas de ST, ampliar a equipe</p>	<p>Serviço organizado com equipe de ST qualificada e atuante</p>	<p>2011 - A equipe era formada por um Técnico Em Enfermagem e passou a ter um Técnico em Segurança do Trabalho a partir de novembro. Precisa apoio da SESAU. 2012 - Tentativas de trabalho em conjunto sem sucesso. 2013 - Previstas reuniões para trabalho conjunto. 2014 – Realizadas pequenas ações em conjunto</p>

<p>2011/2012 - Construir Projeto de Acolhimento para o novo trabalhador</p>	<p>Setor Humanização, RH, NEP, CCIH, Vigilância. Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Equipe Multiprofissional</p>	<p>RH, diretorias, gerentes, Serviço de Humanização, Apoiadores PNH, NEP, CCIH, Vig. Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, HGPP</p>	<p>2012 - Iniciar o projeto em Jan/contínuo</p>	<p>Computador com Internet, Materiais sobre o assunto, elaborar os protocolos</p>	<p>Recepção do novo trabalhador de forma acolhedora, com Orientações/apresentação do espaço físico e pessoal/rotinas/fluxos. Elaboração dos protocolos de orientação e rotinas de cada serviço envolvido e fluxograma</p>	<p>2011 - Discutido projeto no GTH. NEP e Humanização deverão apresentar uma proposta de acolhimento. Enviado CI 02 em 14/11 para todos os setores do hospital, construção das orientações de cada setor. 2011/2012 - Realizado 03 encontros de Integração do Trabalhador (30/11; 07 e 14/12) no modelo apresentado pela Pró -Saúde. 2013 - Elaboração do Projeto (Humanização e Setor da Qualidade) 2014 – Sem efetividade</p>
<p>2011/2012 - Avaliar a proposta de oferecer um Serviço de Psicologia (RH) e Serviço Social disponível para o trabalhador do hospital</p>	<p>Setor de Humanização, Psicologia, Serviço Social</p>	<p>Serviço de Humanização, Psicologia, Serviço Social, gestores, Secretaria de Ação Social</p>	<p>2012 - Primeiro trimestre</p>	<p>Local adequado para que o trabalhador seja atendido</p>	<p>Valorização do trabalhador atendendo/orientando de acordo com sua condição socioeconômica e emocional. Encaminhamentos para outros órgãos quando necessário</p>	<p>2011/2012 - Em discussão no GTH e com Diretoria Administrativa. 2013 - Nada definido 2014 – Sem efetividade</p>
<p>2011/2012/2013/2014 - Implementar a Ginástica Laboral e outras atividades físicas para melhorar a qualidade de vida</p>	<p>Setor de Humanização, Saúde do Trabalhador, Setor de Fisioterapia</p>	<p>SESAU; Instituições de ensino (acadêmicos de Fisioterapia e Educação Física</p>	<p>Iniciou em 2011/contínuo</p>	<p>Espaço físico adequado, maca, lençóis, aparelho de som, colchonetes, bolas</p>	<p>Valorização do trabalhador, prevenção de doenças ocupacionais, promoção da saúde, combate ao sedentarismo, estresse, depressão e a ansiedade, integração entre os trabalhadores, descontração no ambiente de trabalho, manter o trabalhador em boas condições físicas e psicológicas</p>	<p>2011/2012/2013/2014 - Escala de Ginástica Laboral organizada de segunda à sexta-feira abrangendo os diversos setores do hospital com um Fisioterapeuta disponível. 2012 - Realizado parceria com a Academia Rithimus para desconto especial para os trabalhadores do hospital</p>

<p>2011/2012/2013 - Sistematizar Avaliação/pesquisa de satisfação dos trabalhadores</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde</p>	<p>SESAU/Setor de Avaliação e monitoramento, Sistema de Informação e Assessoria de Comunicação</p>	<p>Iniciado em 2011</p>	<p>Computador com software de pesquisa, Instrumentos e equipamentos de avaliação adequados, pessoal capacitado</p>	<p>Conhecer os nós críticos em relação a organização, gestão e condições de trabalho. Resolutividade</p>	<p>2011/2012 - Pesquisa realizada pela Pró-Saúde. Equipe de Humanização resolveu não realizar pesquisas já que existe um setor responsável por Avaliação e Monitoramento na SESAU</p>
<p>2011/2012 - Organizar e implementar o Serviço de Ouvidoria para o trabalhador</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde</p>	<p>SESAU/Setor de Ouvidoria, Sistema de Informação, Assessoria de Comunicação</p>	<p>Em funcionamento</p>	<p>Computador, Intrumentos e equipamentos de avaliação adequados, pessoal capacitado</p>	<p>Escuta qualificada das reclamações e sugestões do trabalhador com avaliação, divulgação e resolutividade</p>	<p>Realizado reunião com Ouvidoria da SESAU dia 01/11/2011. Iniciar sistematização de pesquisa de satisfação do trabalhador depois do documento. que será enviado pela SESAU. Após contato telefônico com SESAU em nov 2011 fomos informados que este serviço ficará sob responsabilidade da Pró-saúde e funcionários do hospital já treinados pela secretaria para realizar este serviço.</p>
<p>2011/2012/2013 - Criar e formalizar a "Comissão de Eventos"</p>	<p>Setor de Humanização e setores envolvidos, trabalhadores dispostos a participar</p>	<p>Todos os setores do hospital, gestores, assessoria de Comunicação</p>	<p>Descontinuado</p>	<p>Elaboração de documento para as diretorias do hospital formalizando a comissão de Eventos</p>	<p>Melhor integração dos servidores, proporcionar atividades salutareis que estreitem os relacionamentos sociais fortalecendo os vínculos de amizade, Dia da Beleza (SENAC). Festas e atividades em datas comemorativas</p>	<p>2011 - Discutido assunto no GTH e reunião em 16/11/2011 às 16 horas. Enviado CI 02 de 11/11/2011 convidando todos os setores do hospital. Já foram indicados os nomes, mas falta formalizar a Comissão. 2012 - Diretoria Geral não concordou em formar comissão. 2013 - Formalizada a Comissão de Eventos (enviado CI aos setores). 2014- Descontinuada por sugestão dos gestores</p>

Objetivos/dispositivos: Direitos dos Usuários						
Ações/ Estratégias	Responsáveis/Adm.	Parcerias Internas e Externas	Período	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Resultados Alcançados
2011/2012/2013 - Divulgar a Carta dos Direitos dos usuários para os usuários e trabalhadores do SUS	Setor de Humanização	Psicologia, Serviço Social, Assessoria de Imprensa, Saneatins, Celtins	2012 - Iniciar em Jan 2013 - Iniciar em Junho	Impressora, tinta e papel. Carta impressa para usuários e trabalhadores do hospital. Enviar documento para Celtins e Saneatins	Usuários conhecedores de seus direitos e trabalhadores respeitando esses direitos	2011 - Falta verificar as forma de reproduzir a Carta e como distribuir aos usuários. 2012 - Por falta de papel e toner as cartas foram entregues esporadicamente. 2013 - Entrega da cartilha nas enfermarias com as devidas orientações a cada quinze dias 2014 - Descontinuado por falta de materiais.
2011/2012/2013 - Incentivar a participação dos usuários no processo de diagnóstico, planejamento e decisões	Setor de Humanização, Psicologia, Serviço Social	Apoiadoras PNH SESAU, Setor de Humanização, Psicologia, Serviço Social	2011 - Iniciou em Jan/contínuo	—	Participação efetiva de representantes dos usuários no GTH valorizando a participação cidadã	2011/2012 - Participação dos trabalhadores no diagnóstico e planejamento das ações (Plano de Intervenção e Ação) 2013/2014 - As pessoas são convidadas, mas não demonstram interesse em participar
2011/2012/2013 - Identificar os trabalhadores através de crachás com nome, foto e cargo	Pró-Saúde	Pró-Saúde/SESAU	2011 - Iniciou-se a Identificação 2012 - Confecção de crachás	Financeiros (Pró-Saúde)	Todos os profissionais identificados com crachás com foto e cargo. Respeito aos direitos dos Usuários de saber quem lhe presta atendimento	2012 - Os crachás foram providenciados pela Pró - Saúde e já estão sendo entregues aos funcionários 2013 /2014 Descontinuado
2011 - Colocar placas no leito com nome do paciente e equipe de referência	Setor de Humanização/Qualidade /Recepção	SESAU	2012 - Início	Material para confecção das placas	Identificação de todos os leitos, resguardando os pacientes de possíveis erros de procedimentos, respeitando as leis de proteção ao paciente	2012 – Leitos identificados com impressos de papel revestidos de plástico adesivo, por falta de recursos para aquisição de material adequado

<p>2011/2012/2013 - Elaborar Manual do Usuário com orientações e serviços oferecidos pelo hospital</p>	<p>Setor de Humanização</p>	<p>Pró-Saúde (impressão). SESAU</p>	<p>2011 - Out a Dez</p>	<p>Revisto modelos de folders do Pró-saúde e de outros hospitais. Computador com Internet. Precisa recurso para a impressão dos mesmos</p>	<p>Orientação e informação para pacientes, acompanhantes e familiares sobre normas e funcionamento do hospital, serviços oferecidos e telefones úteis.</p>	<p>2012 - Manual do Usuário elaborado e aprovado pela direção administrativa. Encaminhado material para Diretor Geral. Não conseguimos a impressão de 1000 unidades do mesmo. 2013 - Manuais impressos no hospital em papel A4 (não tem recursos para mandar para gráfica). 2014 - SESAU liberou a impressão de 1000 unidades na gráfica</p>
<p>2011/2012/2013 - Flexibilizar os horários de visita no Hospital</p>	<p>Em discussão no GTH</p>	<p>Setor de Recepção e Portaria, Segurança, Humanização, Serviço Social, gestores, SESAU</p>	<p>2012</p>	<p>Computador com internet, mesa, cadeira e segurança na portaria</p>	<p>Atender a lei que garante o direito à Visita Aberta do MS</p>	<p>2011-2012- Já foi discutida a proposta de ampliar horários de visitas várias vezes. Poderia ver a possibilidade de flexibilizar horários de visita antes da impressão do Manual do Usuário para não precisar alterar depois. 2013/2014 - Assunto em discussão</p>
<p>2011/2012/2013 - Criar e formalizar a "Comissão de Eventos"</p>	<p>Setor de Humanização</p>	<p>Todos os setores do hospital, gestores, Assessoria de Comunicação</p>	<p>Em planejamento</p>	<p>Elaboração de documento para as diretorias do hospital formalizando a comissão de Eventos</p>	<p>Comemorar datas especiais e comemorativas com as crianças internadas proporcionando diversão e mantendo vínculos sociais</p>	<p>2011 - Discutido assunto no GTH e reunião em 16/11/2011 às 16 horas. Enviado CI 02 de 11/11/2011 convidando todos os setores. Já foram indicados os nomes, mas falta formalizar a Comissão. 2012 - Diretoria Geral não concordou em formar comissão. 2013 - Formalizada a Comissão de Eventos (enviado CI aos setores). 2014 - Descontinuada</p>

<p>2011/2012/2013 - Implementar as atividades da Brinquedoteca</p>	<p>Setor de Humanização, NEP, Serviço Social, Psicologia, Pedagogia</p>	<p>Instituições de ensino que tenham convênio com a SESAU, lojas de brinquedo, Projetos da comunidade</p>	<p>2011 - Trabalho já iniciado</p>	<p>De acordo com o orçamento dos projetos apresentados, buscar parcerias</p>	<p>Brinquedoteca com equipe formada, regimento elaborado e aprovado, desenvolvendo atividades lúdicas: jogos coletivos, teatro, biblioteca circulante, projetos com a comunidade, estagiários de Pedagogia e Psicologia para suporte das atividades e desenvolvimento de pesquisas</p>	<p>2011/2012/2013/2014 Brinquedoteca funcionando com atividades lúdicas. Solicitado para a equipe, em nov.2011, o projeto com a quantidade de estagiários de pedagogia e psicologia.</p>
<p>2011/2012/2013 - Disponibilizar Atendimento Escolar para as crianças internadas</p>	<p>Setor de Humanização, Equipe da Brinquedoteca, NEP</p>	<p>Instituições de ensino que tenham convênio com a SESAU</p>	<p>2012 - Iniciar em Março</p>	<p>De acordo com o orçamento dos projetos apresentados, buscar parcerias</p>	<p>Acompanhamento escolar de acordo com o currículo da Instituição de Ensino em que a criança estuda. Não perder o vínculo, estagiários de Pedagogia e Psicologia para suporte das atividades e desenvolvimento de pesquisas</p>	<p>2011/2012/2013 - Brinquedoteca, precisa elaborar o projeto e ver parceria com a ULBRA e autorização da SEDUC 2014 - Não implantado o projeto de pedagogia Hospitalar</p>

<p>2011/2012/2013 - Implantar e Implementar o Serviço Voluntário no HIP</p>	<p>Serviço de Humanização, NEP, Serviço Social, Psicologia</p>	<p>SESAU/DGES, Comunidade, ONG's, organizações que tenham responsabilidade social, HGPP</p>	<p>2011 - Iniciar em Nov/contínuo</p>	<p>—</p>	<p>Desenvolvimento de atividades de serviço, educativas, lazer, cultura, projetos, pesquisas, promoção da saúde, envolver a comunidade</p>	<p>2011 - Em reunião com o HGPP foi solicitado material de apoio. Eles enviaram por e-mail todo o material do serviço de voluntariado para servir de base para a organização do serviço no hospital 2012 - Foi elaborado o projeto de voluntários e aprovado pela Diretoria Geral em 17/07/2012 2013/2014 - Em funcionamento</p>
<p>2011/2012/2013 - Desenvolver Atividades Religiosas</p>	<p>Setor de Humanização com GTH</p>	<p>Instituições Religiosas</p>	<p>2012 - Iniciado de acordo com projeto de voluntários</p>		<p>Garantia dos direitos individuais, promoção da saúde, manutenção da rede social do usuário</p>	<p>2011 - Discussões, reuniões e estudos sobre o assunto. 2012/2013 - Diretrizes para estas atividades forma contempladas no Projeto de Voluntariado 2013/2014 - Voluntários cadastrados e muitas atividades e doações realizadas</p>
<p>2011/2012/2013 - Desenvolver trabalho com equipe de referência do hospital para orientações, reuniões com familiares e usuários</p>	<p>Setor de Humanização, Serviço Social, Psicologia, CCIH</p>	<p>SESAU, HGPP</p>	<p>2012 - Iniciado</p>	<p>Local adequado, folders informativos</p>	<p>Pacientes e familiares orientados, bem informados sobre seu tratamento, procedimentos e custos e com suas dúvidas sanadas</p>	<p>2011/2012/2013/2014 - Alguns setores estão fazendo orientações nas enfermarias (Serviço Social, CCIH)</p>

<p>2011/2012/2013 - Realizar Oficinas de alimentação alternativa para os acompanhantes/Livro de receitas</p>		<p>SESI - Mesa Brasil; Pastoral da Criança</p>				<p>Em discussão no GTH</p>
<p>2011/2012/2013 - Organizar Serviço de Ouvidoria para o usuário com avaliação divulgação e resolutividade</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde, Setor . de Informática, Assessoria de Comunicação, Gestores, HMDR</p>	<p>2011/2012 - Em implantação Pró-Saúde</p>	<p>Computador, Instrumentos e equipamentos de avaliação adequados, pessoal para realizar escuta qualificada</p>	<p>Escuta qualificada das reclamações, sugestões e elogios dos usuários com avaliação, divulgação e resolutividade</p>	<p>2011 - Realizado reunião com Lidiane da Ouvidoria da SESAU dia 01/11/2011. Iniciar sistematização de pesquisa de satisfação do trabalhador depois do documento que será enviado pela SESAU. Após contato telefônico com SESAU em nov. 2011 fomos informados que este serviço ficará sob responsabilidade da Pró-saúde e funcionários do hospital já treinados pela SESAU este ano.</p>
<p>2011/2012/2013 - Sistematizar Avaliação/pesquisa de satisfação dos usuários e familiares</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde</p>	<p>Setor de Humanização e Pró-Saúde, Serviço de Informática, Assessoria de Comunicação, Gestores, HMDR</p>	<p>2011/2012 - Em implantação Pró-Saúde</p>	<p>Computador com Internet e software de pesquisa, Instrumentos e equipamentos de avaliação adequados, pessoal para realizar a pesquisa</p>	<p>Conhecer os nós críticos em relação aos serviços prestados com avaliação, divulgação e resolutividade</p>	<p>2011/2012 - Pesquisa realizada pela Pró-Saúde. Equipe de Humanização resolveu não realizar pesquisas já que existe um setor responsável por Avaliação e Monitoramento na SESAU</p>

<p>2011/2012/2013 - Elaborar projeto e organizar o serviço voluntário no hospital</p>	<p>Setor de Humanização e GTH</p>	<p>Humanização, Serviço Social, Psicologia, Odontologia, Recepção</p>	<p>2012 - Implantação em 01/08/2012</p>	<p>Preenchimento da ficha de cadastro pelo voluntário. O voluntário é responsável por trazer os próprios materiais.</p>	<p>Maior interação da comunidade com o hospital. Proporcionar atividades recreativas e de lazer para as crianças internadas e acompanhantes.</p>	<p>2011 - Reuniões para discussões 2012 - Projeto e ficha de cadastro elaborados. Aprovados pela diretoria Geral do hospital em 17/07/2012.</p>
--	-----------------------------------	---	---	---	--	--

ANEXOS

ANEXO A - 139 Municípios do Tocantins agrupados em 15 regiões de saúde.

Novas Regiões de Saúde e Colegiados de Gestão Regional - Tocantins
PDR - 2007 Pacto pela Saúde

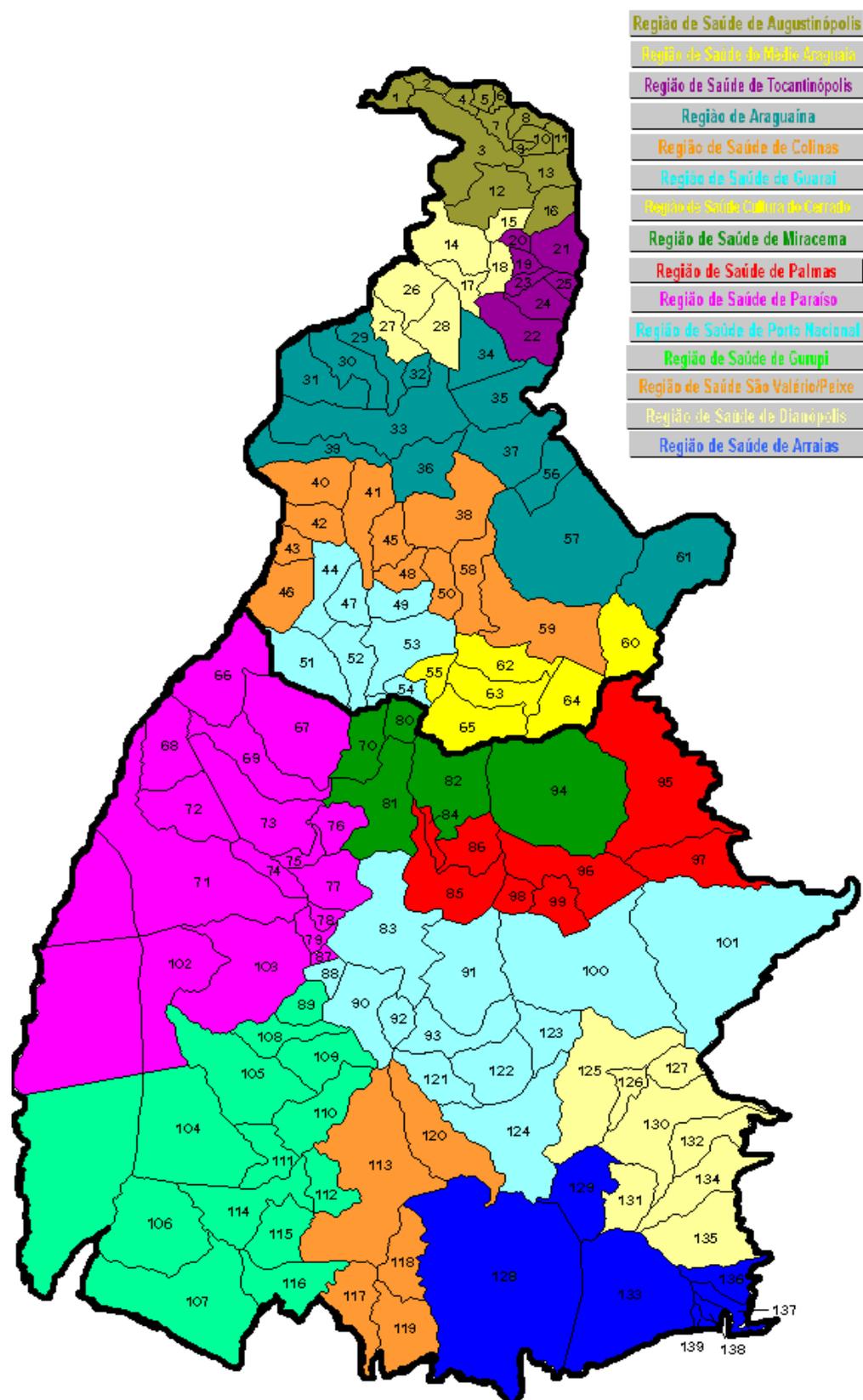


Figura 1: Configuração do mapa do Estado do Tocantins, segundo as regiões de saúde elaboradas pela Secretaria de Estado da Saúde. Fonte: SESAU (2011).

ANEXO B - Descrição dos municípios das 15 regiões de saúde do estado do Tocantins.

MUNICÍPIO	N.º no mapa	MUNICÍPIO	N.º no mapa	MUNICÍPIO	N.º no mapa	MUNICÍPIO	N.º no mapa
Região de Saúde de Palmas		Região de Saúde de Porto Nacional		Região de Saúde de Guaraí		Região de Saúde de Gurupi	
Aparecida do Rio Negro	86	Brejinho de Nazaré	90	Colméia	52	Aliança	109
Lagoa do Tocantins	99	Chapada da Natividade	122	Fortaleza do Taboão	54	Alvorada	115
Lajeado	84	Fátima	88	Goianorte	51	Araguaçu	107
Lizarda	95	Ipueiras	92	Guaraí	53	Cariri	111
Novo Acordo	96	Mateiros	101	Itaporã	47	Crixás	108
Palmas	85	Monte do Carmo	91	Pequizeiro	44	Dueré	105
Santa Tereza	98	Natividade	124	Presidente Kennedy	49	Figueirópolis	114
São Félix	97	Pindorama	123	Região de Saúde de Colinas		Formoso do Araguaia	104
Região de Saúde Cultura de Corumbá		Ponte Alta do Tocantins	100	Arapoema	40	Gurupi	110
Bom Jesus	63	Porto Nacional	83	Bandeirante	41	Sandolândia	106
Centenário	64	Santa Rosa	121	Bernardo Sayão	42	Santa Rita	89
Pedro Afonso	65	Silvanópolis	93	Brasilândia	48	Sucupira	112
Recursolândia	60	Região de Saúde de Paraíso		Colinas	45	Talismã	116
Santa Maria	62	Abreulândia	69	Couto Magalhães	46	Região de Saúde do Médio Araguaia	
Tupirama	55	Araguacema	66	Itacajá	59	Ananás	14
Região de Saúde de Miracema		Barrolândia	76	Itapiratins	58	Angico	18
Miracema	81	Caseara	68	Juarina	43	Araguanã	27
Miranorte	70	Chapada de Areia	74	Palmeirante	38	Cachoeirinha	15
Rio dos Bois	80	Cristalândia	103	Tupiratins	50	Piraquê	28
Rio Sono	94	Divinópolis	73	Região de Araguaína		Riachinho	17
Tocantínia	82	Dois Irmãos	67	Aragominas	29	Xambioá	26
Região de Saúde de Augustinópolis		Lagoa da Confusão	102	Araguaína	33	Região de Saúde de Tocantinópolis	
Araguatins	3	Marianópolis	72	Babaçulândia	35	Aguiamópolis	25
Augustinópolis	7	Monte Santo	75	Barra do Ouro	56	Darcinópolis	22
Axixá do Tocantins	9	Nova Rosalândia	79	Campos Lindos	61	Luzinópolis	20
Burití do Tocantins	4	Oliveira de Fátima	87	Carmolândia	32	Nazaré	19
Carrasco Bonito	5	Paraíso do Tocantins	77	Filadélfia	37	Palmeiras	24
Esperantina	1	Pium	71	Goiatins	57	Santa Terezinha	23
Itaguatins	13	Pugmil	78	Muricilândia	30	Tocantinópolis	21
Maurilândia	16	Região de Saúde de Dianópolis		Nova Olinda	36	Região de Saúde São Valério/Peixe	
Praia Norte	8	Almas	125	Pau D'Arco	39	Jaú do Tocantins	117
Sampaio	6	Dianópolis	130	Santa Fé do Araguaia	31	Palmeirópolis	119
São Bento	12	Novo Jardim	132	Wanderlândia	34	Peixe	113
São Miguel	11	Ponte Alta do Bom Jesus	134	Região de Saúde de Arraias		São Salvador	118
São Sebastião	2	Porto Alegre do Tocantins	126	Arraias	133	São Valério	120
Sítio Novo	10	Rio da Conceição	127	Aurora	136		
		Taguatinga	135	Combinado	138		
		Taipas do Tocantins	131	Conceição do Tocantins	129		
				Lavandeira	137		
				Novo Alegre	139		
				Paraná	128		

Figura 2: Os 139 municípios agrupados de acordo com cada região de saúde do Estado do Tocantins.
Fonte: SESAU

ANEXO C – Certificado Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização

