

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT

**A PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM
SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM IMBÉ/RS:
Incentivo à Qualificação e os Processos de Educação Permanente do
Profissional em Saúde**

VIRGINIA SURLEMONT DE SOUZA

ORIENTADORA: Profª MARTA HELENA BUZATI FERT

PORTO ALEGRE

2014

VIRGINIA SURLEMONT DE SOUZA

A PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM
SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM IMBÉ/RS:
Incentivo à Qualificação e os Processos de Educação Permanente do
Profissional em Saúde

Projeto de Pesquisa apresentado como pré requisito de conclusão do curso de especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, parceria Fundação Oswaldo Cruz com o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Marta Helena Buzati Fert

Porto Alegre

2014

“Sabemos que não há como mudar os modelos de produção de saúde sem que tenhamos novos atores co-responsáveis e protagonistas. Afirmamos, no cotidiano das práticas concretas do SUS a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre formação e transformação de si e da realidade do mundo.”

Eduardo Passos

RESUMO

O presente projeto de pesquisa trata-se de condição para a obtenção de grau de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde-Lato-Sensu da FIOCRUZ em parceria com a Escola GHC. O objeto da pesquisa é a humanização da assistência de saúde, com foco na qualificação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Assim, a temática deste Trabalho de Conclusão de Curso se ocupa do questionamento acerca da percepção e análise das questões pertinentes aos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde de Imbé/RS, frente às novas políticas e tecnologias. Elegeu-se ter como referência a Política Nacional de Humanização (PNH), no eixo da informação e da comunicação. A PNH tem como diretriz incluir na agenda de debates da saúde a articulação de atividades de caráter educativo e formativo com as de caráter informativo, de divulgação e de sensibilização para os conceitos e temas da humanização, nos eixos mencionados acima. Preconiza implantar sistemas e mecanismos de comunicação e informação para promoção da autonomia e o protagonismo das equipes de saúde, ampliando o compromisso ético e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde. Assim, entende-se que a informação dos direitos sociais na área da saúde é uma categoria fortalecedora da atenção à saúde para a prevenção, a promoção, a reabilitação e a cura. Este estudo se propõe ser do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, envolvendo análise documental e entrevistas com a equipe que executa suas atividades profissionais na Secretaria de Saúde de Imbé. A amostra compõe-se do relato escrito de todos os profissionais da instituição, a serem entrevistados de fevereiro a julho de 2015. Os dados coletados permitirão identificar o perfil dos trabalhadores, tempo e tipo de vínculo do profissional, bem como a carga horária na unidade. Além disto, pretendemos analisar o comprometimento dos profissionais de saúde e gestores em capacitar-se e atualizar seus conhecimentos, frente às novas tecnologias e políticas de inovação em saúde, com foco na Política Nacional de Humanização bem como perceber os processos de participação dos trabalhadores da saúde em eventos e capacitações relacionados à humanização dos serviços e outros temas em saúde pública. O trabalho trará como principais aportes teóricos a Lei 8.080, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Palavras-chave: Informação Científica e Tecnológica. Saúde. Serviço Social. Política Nacional de Humanização. Educação Permanente. Qualificação Profissional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	OBJETIVOS	09
2.1	OBJETIVOS GERAIS	09
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
3	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SECRETARIA SAÚDE DE IMBÉ	10
3.1	A SECRETARIA DE SAÚDE DE IMBÉ: HISTÓRICO INSTITUCIONAL	10
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM IMBÉ	11
4	METODOLOGIA	19
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	19
4.2	TIPO DE PESQUISA	19
4.3	FASE EXPLORATÓRIA DO CAMPO DE PESQUISA	20
	4.3.1 Definição da amostragem	20
	4.3.2 Coleta de dados	21
	4.3.3 Apresentação, análise e interpretação de resultados	22
5	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	23
6	ORÇAMENTO	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICE A: Mapa do Litoral Norte	
	APÊNDICE B: Mapa do Imbé	
	ANEXO A: Termo de Consentimento livre e esclarecido	
	ANEXO B: Roteiro de entrevista individual	

1 INTRODUÇÃO

As necessidades sociais e subjetivas em saúde tornaram-se mais presente nos serviços de saúde, desde a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, como uma política transversal para o Sistema Único de Saúde. Desde então possibilitar a produção de saúde e a sensibilização de sujeitos, implicados com os princípios do Sistema Único de Saúde e com os dispositivos apresentados pela Política, tem sido um desafio para tanto para a gestão como para a atenção. Dentre os dispositivos da PNH, destaca-se a importância dos processos de educação permanente para os trabalhadores, com foco na ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho, para o desenvolvimento de competências humanizadoras.

Podemos afirmar que a qualificação de trabalhadores inseridos nos diferentes equipamentos que compõe a rede de atenção em saúde precisa ser construída com a finalidade de superar as dicotomias entre o indivíduo e o coletivo, a saúde coletiva e a clínica, o público e o privado. As principais inovações teórico-metodológicas que sugerem mudança nos serviços e práticas de saúde têm origem na Política Nacional de Humanização, que vem focando seu trabalho nesta perspectiva, como política transversal que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, propondo aos diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas a experimentação de novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder como forma de superar os limites do cotidiano dos serviços.

A produção da mudança em saúde, no que se refere à gestão e organização dos serviços e práticas, não pode desconsiderar que ela depende da própria mudança dos sujeitos nela engajados. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH), tem como um dos seus objetos a discussão sobre a mudança de sujeitos, grupos e organizações, bem como, estudos e pesquisas sobre modos de subjetivação no interior dos processos de trabalho, fundamentado sob esta perspectiva teórica as possibilidades e limites de mudança a partir da “reforma dos sujeitos”. (CAMPOS, 1994)

A presente pesquisa objetiva o estudo de caso do município de Imbé, acerca do comprometimento dos trabalhadores em saúde com o dispositivo “plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização” da PNH; observando se as metas de “incentivo à qualificação profissional” e “promoção da educação permanente dos trabalhadores” da PNH estão sendo alcançados pela gestão administrativa.

A Humanização no ambiente de uma Unidade Básica de Saúde requer comprometimento e envolvimento por parte de todos os profissionais da equipe. A transformação do modo assistencial, somente é possível a partir de uma sensibilização dos trabalhadores quanto às atitudes e comportamentos que envolvem o ser e o fazer profissional. Assim, mais do que um programa coletivo, a humanização requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores que regem as práticas dos profissionais de saúde.

Também tem um papel determinante o comprometimento dos gestores, ou seja, o compromisso de gestão e as ações que foram planejadas e desenvolvidas para a humanização da Atenção e da Gestão com foco principalmente nas necessidades dos usuários dos serviços.

A forma de justificar em pesquisa que produz maior impacto é aquela que articula a relevância intelectual e prática do problema investigado à experiência do investigador. (MINAYO, 2000)

Desta forma, esta proposta de pesquisa, vai ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde, na cidade de Imbé,/RS. Conforme informação do Departamento de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, esta conta atualmente 320 servidores e a pesquisa constará da amostra total dos servidores.

O município de Imbé situa-se no Litoral Norte do Rio Grande do Sul. Sua rede de serviços de saúde pública é formada por 05 Unidades de Saúde, distribuídas nos balneários de Santa Terezinha, Mariluz, Albatroz e os bairros Nova Nordeste e Centro. A Unidade de Saúde Centro tem atendimento médico ambulatorial de 24 horas (sete dias por semana) e a Unidade de Saúde de Albatroz é um centro de especialidades, onde o atendimento é feito através de agendamento prévio principalmente para as seguintes especialidades: psiquiatria, psicologia, fisioterapia, pneumologia, entre outros. As demais Unidades Sanitárias contam com atendimento especializado descentralizado da maior demanda em saúde da população do município, ou seja, ginecologista e pediatra e possuem um clínico geral cerca de três turnos por semana, o que facilita o acesso dos moradores/ usuários dos serviços e descongestiona a demanda de emergência na Unidade de Saúde Centro.

Tendo como objeto da pesquisa a humanização da assistência de saúde, com foco na qualificação e educação permanente dos trabalhadores, buscamos entender a percepção e análise das questões pertinentes aos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde de Imbé/RS, frente às novas políticas e tecnologias.

Dado o exposto, assinalamos a relevância deste trabalho de conclusão, que tem como tema a Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com abordagem do eixo Incentivos de Qualificação no Trabalho e Educação

Permanente. A análise desta temática poderá subsidiar a qualificação no atendimento na atenção básica para os usuários na sua integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o comprometimento dos profissionais de saúde e gestores em capacitar-se e atualizar seus conhecimentos, frente às novas tecnologias e políticas de inovação em saúde, com foco na Política Nacional de Humanização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Perceber os processos de participação dos trabalhadores da saúde em eventos e capacitações relacionados à humanização dos serviços e outros temas em saúde pública.
- Verificar a relação entre trabalho/ escolaridade/ acesso à informação e/ou capacitação profissional.
- Quantificar o percentual de servidores capacitados/qualificados no período de julho/2014 a junho/2015.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SECRETARIA DE SAÚDE DE IMBÉ

3.1 A SECRETARIA DE SAÚDE DE IMBÉ: HISTÓRICO INSTITUCIONAL

O município de Imbé localiza-se no Litoral Norte do Rio Grande do Sul e foi emancipado do município de Tramandaí em 09 de maio de 1989, portanto, um ano antes da criação do Sistema Único de Saúde (setembro de 1990). A partir da criação do SUS, o novo município se responsabiliza pela unidade de saúde já existente no centro da cidade, adaptando-se aos poucos às novas regras da política de saúde pública. Posteriormente, foram readaptadas três outras unidades de saúde, que funcionavam apenas no período do verão, buscando sempre a ampliação e qualificação do acesso à saúde. Segundo dados do Censo do IBGE de 2010, o município possui, aproximadamente, 17.606 habitantes, podendo chegar a dez vezes esta população durante a temporada de verão.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde constitui-se de uma Unidade de Saúde 24 horas (Centro), três Unidades Básicas de Saúde (Nova Nordeste, Mariluz e Santa Terezinha) e uma unidade de especialidades (Albatroz). Além destes, existe ainda o Setor de Vigilância Sanitária que funciona em estrutura própria.

A Unidade 24 horas (média complexidade) realiza os atendimentos de urgência e emergência, raios-X, curativos, verificação de pressão e glicose, vacinas, consultas clínicas e odontológicas e vigilância epidemiológica. Também, na Unidade, funciona toda a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Nas U.B.S. Mariluz, Nova Nordeste e Santa Terezinha (baixa complexidade), as consultas com clínico geral, ginecologista e pediatra são realizadas em determinados dias da semana. Procedimentos como curativos, vacinas e nebulizações também são realizados.

Na Unidade de Albatroz (baixa e média complexidade), são atendidos os usuários do grupo de saúde mental, psiquiatria, psicologia, planejamento familiar, fisioterapia, cirurgião geral e dermatologia. A Unidade conta com mini-bloco cirúrgico (para pequenos procedimentos).

O Setor de Vigilância Sanitária é responsável pela fiscalização e controle dos vetores e zoonoses. Funciona em um prédio da Prefeitura Municipal junto à mesma.

A frota de veículos da secretaria conta com três ambulâncias, duas caminhonetes utilizadas pela Dengue e Vigilância Sanitária e mais outros três outros automóveis. Foram adquiridos recentemente dois microônibus para deslocamento dos usuários para consultas médicas e exames em Porto Alegre.

A Secretaria Municipal de Saúde de Imbé tem como missão cumprir os preceitos da Lei 8.080. O serviço de saúde do município se mantém através de recursos da receita pública, advindos da arrecadação de impostos (nas três esferas de governo), de projetos de captação de recursos encaminhados às esferas estaduais e federais, pactuações e faturamento dos atendimentos realizados.

Os objetivos da instituição são os atendimentos a todos os usuários que necessitem do serviço, procedendo a encaminhamentos e informações que resultem na resolução eficiente, efetiva e eficaz da demanda posta (resolubilidade). A Lei 8.080 do Sistema Único de Saúde determina que tenham acesso ao Sistema Único de Saúde todos os usuários que necessitem do serviço, a partir de seus princípios doutrinários da integralidade, universalidade e equidade, como já citamos anteriormente. Isto significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de orientação sexual, idade, religião, etnia/raça, renda, situação socioeconômica, pois a saúde é um direito universal.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM IMBÉ

Há alguns anos, no Brasil, a humanização vem sendo discutida na área da saúde, tendo como parâmetro a identificação da natureza relacional, das relações interpessoais que se dão nos serviços, dos profissionais entre si, e destes com os usuários. Estas relações, fragmentadas pela verticalização das ações, estavam centradas muito mais na dimensão patológica do que no social.

O modelo da política de saúde da Política Nacional de Humanização, consolidada em 2003, propõe que esta seja uma construção coletiva e, como tal (uma política pública e não apenas mais um programa pontual), entre todos os atores envolvidos nos processos de saúde-doença (usuários, trabalhadores de saúde, em todos os níveis). A observação da dimensão social da Política Nacional de Humanização é fundamental para que se entenda como sua implantação se dá na prática.

Quando falamos da humanização da atenção e da gestão, devemos levar em conta aspectos remotos da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, da história e do

contexto social e econômico, das diversas expressões da questão social. O modelo de saúde instituído e arraigado na nossa cultura é aquela que distancia o médico a população usuária, ou seja, existe uma relação vertical e hierarquizada, além de colocar o especialista num grau de superioridade em comparação aos demais trabalhadores de saúde.

Atualmente, diversos atores sociais, políticos e organizações não governamentais, por exemplo, têm teorizado acerca da temática e sugerindo mudanças neste modelo existente. Para Gastão Campos (1997):

a recuperação de prestígio para o projeto do SUS – se é que algum dia de fato ele o teve – depende de uma tríade complexa: primeiro, de criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de que alguém consiga apresentá-lo para a sociedade como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários; e terceiro, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas; nesse caso, a baixa capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas.

O descrédito e a impessoalidade (ou mesmo a falta de humanidade, no sentido filosófico do termo) com que vemos a implantação de uma política de saúde da estirpe do Sistema Único brasileiro; tão bem elaborada e até elogiada e copiada em várias partes do mundo, contribuiu para que o SUS enfrentasse muitas dificuldades e entraves, até mesmo nos meios profissionais, dentro das instituições de saúde.

Então, tendo como modelo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o Ministério da Saúde inicia, em 2003, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Os “valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2006).

Dar condições para que haja uma consciência de humanidade nos serviços de saúde envolve a necessidade de compreensão da unidade, da igualdade, do pluralismo teórico e da identidade na diferença, seja ela biológica, psicológica, jurídica, política, cultural ou religiosa. Mais do que isso, significa sair do que chamamos de “lugar comum”. Trata de sairmos da nossa zona de conforto e estarmos abertos a participar da construção deste novo espaço coletivo.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é política pública de saúde e não um programa ou projeto e, como tal, deverá ser implantada em todos os municípios do todo o país. A Política Nacional de Humanização não foi pensada com o propósito de concorrer com

o Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada uma política de saúde transversal, ou seja, está interligada, operacionalizada em conjunto com o Sistema Único de Saúde e com as outras políticas públicas.

Segundo Regina Benevides e Eduardo Passos (2005),

[...] na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um Programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. O risco de tomarmos a humanização como mais um Programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade.

A qualificação dos processos de trabalho norteia os objetivos das ações e seus dispositivos. Para que a qualidade da atenção à saúde seja cada vez mais superada a humanização é fundamental na integralidade do atendimento.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) entendeu a humanização como um resgate ao respeito à vida humana, envolvida por valores éticos, educacionais e psíquicas do ser humano e como aspectos complementares à técnica científica “que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber”. (BRASIL, 2001).

O conceito de humanização inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura “curativa” e, outros, com a organização de uma assistência voltada para as necessidades dos usuários e suas famílias. A estrutura física também deve sofrer modificações, para que o espaço (seja um posto ou um hospital) venha a ser favorável à implantação de práticas humanizadoras. Conforme Pasche (p.312, 2007),

[...] a organização da atenção básica, como bem afirma Gastão Campos, deve atender a realização de três tarefas substantivas, sem as quais não avançaríamos para a ampliação da universalização do SUS. Realizar (a) atinentes à saúde pública, combinadas com a (b) ampliação da eficácia das práticas clínicas (Clínica Ampliada), sustentada em vínculos terapêuticos e responsabilização, com o (c) atendimento de demandas espontâneas, por meio de práticas de acolhimento.

O acolhimento é a escuta (criteriosa) ao usuário em sua queixa, uma escuta com disponibilidade, comprometimento profissional, atenção e respeito à dignidade do usuário.

A existência de uma unidade de saúde pressupõe a humanização das relações interpessoais, relacionais, onde se observa a subjetividade dos sujeitos envolvidos. Uma unidade de saúde existe para cuidar da saúde da sua coletividade, onde nem tudo pode ser previsível; onde as técnicas não podem responder a todo o complexo contexto de saúde–doença no meio ambiente social o qual se insere. Deve-se descolar, ou ampliar o prisma de

que a doença é somente o aspecto físico e biológico (e individual) e estar atento à sua dimensão social (subjéitiva e coletiva), mas um conjunto destes fatores.

Para um atendimento humanizado, deve-se levar em conta a individualidade do paciente e do profissional, e o respeito mútuo é fundamental para a sua eficácia. A ética de respeito ao outro é, portanto, fator primordial e, levando-se em consideração o comprometimento dos profissionais envolvidos; ambos de extrema importância para o sucesso da qualificação do atendimento implícita na proposta da Política Nacional de Humanização.

A humanização dos serviços de saúde em unidades básicas envolve necessariamente o trabalho conjunto de diferentes profissionais em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato ao secretário municipal de saúde). O trabalho em equipe interdisciplinar pode contemplar uma variedade de enfoques e alternativas de compreensão dos aspectos subjétivos envolvidos no atendimento à saúde, de um modo que seria impossível alcançar apenas com o recurso da visão focal do especialista.

Assim, ponto chave do trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científicos. Trata-se de um agir que se inspira numa disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser autônomo e digno. É necessário repensar as práticas nos locais de saúde no sentido de buscar alternativas de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais. (BRASIL, 2001)

Envolve todos indistintamente, do secretário de saúde ao enfermeiro, da recepcionista ao médico, dos setores administrativos, motoristas à equipe de higienização. O processo humanização dos serviços de saúde é de natureza interdisciplinar, e contempla vários aspectos do atendimento, o que reduz a visão focal e verticalizada paciente-médico.

Com relação à política em si, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem subsídio técnico-operativo em dois princípios norteadores, que são a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos; e a co-responsabilização dos sujeitos nas práticas de atenção e de gestão. Todos agentes participam de todas as etapas, com autonomia; produzindo, assim, sentido ao trabalho do profissional, que estará atrelada ao processo da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH).

A incorporação de novos saberes e práticas tem o intuito de fortalecer e enriquecer a humanização, na constante e incansável busca pelos três princípios doutrinários, já mencionados, do Sistema Único de Saúde: a integralidade, a equidade e a universalidade. Conforme o autor Gastão Campos (2005, p.2),

[...] cada um destes conceitos - diretrizes tem uma potencialidade implícita em seu modo de produção. Integralidade nos remete para o mundo dos sistemas de saúde, integração de saberes e de técnicas. Ainda que possa abrigar qualquer outra discussão, já que integral significa “total, inteiro e global”; ou seja, o mundo, o universo e suas cercanias. Humanização carrega esta mesma ambigüidade. Deverão, portanto, ser discutidos, acoplados aos projetos concretos, elaborados em seu santo nome.

A integralidade é construída por redes de serviços efetiva e eficaz, práticas cuidadoras, propostas de gestão, exercício da participação e controle social e formação e educação permanentes em saúde. Portanto, as diversas áreas de conhecimento, trabalhando conjuntamente o mesmo usuário-paciente, alcançam um resultado mais próximo da dimensão total, ou da integralidade do sujeito. Sabemos que os determinantes sociais como saneamento básico, educação, alimentação, empregabilidade e muitos outros, têm impacto na saúde das comunidades. Trabalhar o espaço coletivo, observando por diversos prismas (teóricos, metodológicos, práticos, técnicos, operacionais) qualifica a humanização em saúde. De acordo com Gastão Campos (2005, p.2),

[...] tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante.

Partindo deste pressuposto, não há como implementar um projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No Sistema Único de Saúde (SUS) a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função dos direitos dos usuários.

Assim sendo, outros aspectos importantes se referem à autonomia do usuário durante todo o processo de sua “doença”, com elaboração de um plano terapêutico que seja respeitado pelos profissionais que o assistem; como o de ter um acompanhante de sua escolha. Ademais todos têm o expresso e inviolável direito serem informados sobre todos os procedimentos a que serão submetidos, considerando que o usuário deve ser ouvido em suas dúvidas e ter respeitadas suas escolhas; enfim, terem seus direitos de cidadania respeitados.

Brevemente, vamos destacar os eixos das ações de implantação da Política Nacional de Humanização, que são ricamente detalhadas e elaboradas em seu plano, para que possamos vislumbrar a sua estratégia:

- a) Instituições do Sistema Único de Saúde (SUS): pretende-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) seja pactuada pelos Conselhos de Saúde e gestores nos Planos das três esferas de Governo. Ou seja, que haja comprometimento dos governos na intensificação das ações humanizadoras das práticas de saúde na atenção básica;
- b) Gestão do trabalho: participação dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios, para que estes se sintam valorizados e motivados a crescer profissionalmente. Construção permanente da política, os trabalhadores, gestores e usuários articulados para benefício de todos;
- c) Financiamento: recursos específicos à humanização pactuados sendo repassados na forma fundo a fundo.
- d) Atenção básica: incentivo à ampliação da integralidade. Intersetorialidade. Ações em conjunto com outras políticas com vistas a promoção e prevenção de agravos, por exemplo.
- e) Educação permanente: Inserindo conteúdos relativos à Política Nacional de Humanização (PNH) na graduação, pós-graduação e extensão em saúde. Atualização e capacitação constantes dos trabalhadores em saúde, para que estejam qualificados ao atendimento das demandas, ao que concerne a humanização.
- f) Gestão: acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e incentivo à pesquisa com pauta nas necessidades da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Na verdade a questão mais técnica e burocrática.
- g) Informação/comunicação, “indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização (PNH) no debate da saúde”. (BRASIL, 2004)

O eixo da informação na Política Nacional de Humanização pretende programar um sistema de informação e comunicação para a promoção do seu autodesenvolvimento e ampliar, assim, o compromisso social dos trabalhadores de saúde.

Para desenvolver um processo de humanização, faz-se necessário uma mudança na cultura organizacional, sendo importante que, no ambiente de trabalho, os profissionais tenham conhecimento de seus pontos fortes e fracos. É necessário, também, que cada profissional tenha consciência de sua função e saiba o quanto é importante o compartilhamento de informações no espaço coletivo, para que os resultados sejam atingidos de forma integrada. A equipe, quando compartilha o mesmo sonho, supera o individualismo e

os desafios da competitividade. Logo, as chances de sucesso aumentam, quando o trabalho é compartilhado e valorizado de acordo com as potencialidades de cada profissional.

A experimentação do trabalho acadêmico da pesquisadora na Secretaria de Saúde de Imbé, tendo por pressuposto teórico a Política de Humanização, ocorreu em dois momentos. O primeiro foi o processo de implantação do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), realizado durante pesquisa acadêmica (2009/1). O segundo momento foi o Grupo de Humanização no pré-natal, na mesma Unidade de Saúde e com a mesma equipe do GTH formada anteriormente.

A humanização da Unidade Básica de Saúde Nova Nordeste (UBS) começou com a valorização na qualidade das relações entre todos os funcionários. Nesse sentido, sensibilizar a equipe significou repensar os valores éticos imbricados nas múltiplas relações e, dentre elas, no processo do cuidado, significa ainda promover o bem comum acima de interesses individuais. Identificamos a percepção da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Nova Nordeste em Imbé/RS quanto à humanização da assistência de saúde, conhecendo as potencialidades e as deficiências da rede, relativas à humanização do atendimento e às relações de trabalho. Esta pesquisa foi apresentada no Encontro Estadual de Humanização (RS) em 2010.

A Política Nacional de Humanização- PNH serviu como subsídio à qualificação da equipe que viria mais tarde trabalhar o Grupo de Gestantes; com o propósito de aprimorar e qualificar o acesso e a atenção em saúde, aprofundar as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O que queremos dizer aqui é que a qualificação da atenção básica humanizada passa pelo acesso dos usuários à informação de seus direitos sociais em saúde, na perspectiva de que possam legitimar estes direitos e serem respeitados em sua autonomia.

Em síntese, cabe afirmar que esta política está sustentada, portanto, em três eixos. Um deles é a transversalidade, pois está aberta e se comunica interna e externamente durante sua operacionalização. Outra é a complementaridade entre gestão, atenção e processos de produção. O terceiro é o da busca constante da autonomia e protagonismo dos sujeitos com tudo o que já foi comentado o vínculo, a co-responsabilidade e a participação.

As diretrizes de ações da Política Nacional de Humanização incluem, ainda, outros aspectos, como o acolhimento, a clínica ampliada, a co-gestão, a ambiência, a saúde do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários, o fomento das grupalidades e das redes coletivas, e o grupo de trabalho de humanização (BRASIL, 2004).

Os limites e possibilidades da implantação da Política Nacional de Humanização exigem reflexão e discussão entre todos atores a ela relacionados (a equipe, gestores,

comunidade e a rede), no intuito de serem acordados os pilares de sustentação da sua implementação, sendo ele, dentre outros, o comprometimento os trabalhadores e a co-responsabilização entre os diversos atores internos e externos à instituição. Deve estar pautada em ações conjuntas, compromissadas, e de responsabilização entre profissionais de diversas áreas e a própria comunidade.

4 METODOLOGIA

Primeiramente, será feita a apresentação do projeto de pesquisa para o gestor municipal, em seguida aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

Após, daremos início às entrevistas individuais, de acordo com o roteiro pré-estabelecido anexo B, conforme a disponibilidade do servidor.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa será realizada de acordo com as especificações da Resolução 466/12, no que tange os aspectos éticos (Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), bem como, o Código de Ética Profissional do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993).

A ética profissional do assistente social objetiva-se como reflexão teórica e ação da prática. Como reflexão teórica, chama-nos a indagar sobre o valor das ações e a refletir criticamente sobre o agir humano e sobre os fundamentos da prática social. O Código de Ética Profissional do Serviço Social exige o posicionamento ético do profissional. A ética é um componente da práxis.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Este estudo se propõe ser do tipo exploratório e descritivo, utilizando-se de abordagem quantitativa e qualitativa; envolvendo análise documental e entrevistas com a equipe que executa suas atividades profissionais na Secretaria Municipal de Saúde de Imbé/RS.

Segundo MINAYO (1999, p. 17), “entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”.

Sendo assim, para analisar como os profissionais de saúde percebem o processo de educação permanente, na perspectiva da implantação da Política Nacional de Humanização – PNH serão incluídos o número total de servidores nas várias categorias profissionais que compõem a equipe.

Minayo (1999, p. 21) coloca que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.3 FASE EXPLORATÓRIA DO CAMPO DE PESQUISA

A fase exploratória termina quando o pesquisador definiu seu objeto de pesquisa, construiu o marco teórico conceitual a ser empregado, definiu os instrumentos de coleta de dados, escolheu o espaço e o grupo de pesquisa, definiu a amostragem e estabeleceu estratégias para entrada no campo. (MINAYO, M^a Cecília (org), Pesquisa Social, 2000).

4.3.1 Definição da amostragem

O projeto de pesquisa envolve a Secretaria Municipal de Saúde de Imbé, composta de 320 servidores.

Como critérios para escolha dos sujeitos, serão contemplados todos os profissionais que trabalham na secretaria. Assim, contemplamos os requisitos para as condições mínimas de “proeminência no processo de escolha de um bom informante, no bojo do estudo de um fenômeno social vinculado ao desenvolvimento de uma comunidade, grupo social ou atividade específica. São eles: envolvimento com o fenômeno que se quer estudar; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que envolvem o foco da análise; disponibilidade adequada de tempo para participar das entrevistas; e concordância em participar da pesquisa.” (SPRADLEY, 1980).

4.3.2 Coleta de dados

Serão utilizados para a coleta de dados documentos administrativos (chamados Processos Administrativos) que possam acurar: o número de solicitações (e deferimentos) para a participação em eventos (discriminando os tipos de eventos), solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação, trabalhadores de nível médio e fundamental inscritos (e que concluíram) em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional oferecidos por meio da instituição, número de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período).

A parte documental terá como objetivo adensar a parte quantitativa da pesquisa. Através de um programa específico utilizado na Prefeitura Municipal de Imbé, chamado Sistema ERP; onde os Processos Administrativos de solicitações diversas ingressam via Protocolo Geral. Será realizada a busca destes processos no período, e analisadas as respostas SIM ou NÃO às solicitações, de forma bem simples, tudo via Sistema.

Também serão realizadas entrevistas semi-estruturadas combinando questões abertas e coleta de depoimentos, em que cada entrevistado terá a liberdade de falar sobre o tema proposto (Anexo B).

Para NETO (*apud* MINAYO, 1999, p. 57)

a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

As entrevistas serão realizadas com recepcionistas, higienizadores, administrativos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que atuam na rede básica em Imbé/RS.

As entrevistas semi-estruturadas terão como tópicos principais à opinião dos atores envolvidos incentivos à capacitação e educação permanente, participação efetiva em eventos, realização de palestras e seminários, os aspectos negativos, os aspectos positivos e as perspectivas futuras. Terão como finalidade conhecer a interpretação desses atores e serão analisadas a partir de sua consistência, coerência e originalidade.

4.3.3 Apresentação, análise e interpretação de resultados

Compreendemos que os fenômenos devem ser analisados nos seus aspectos quantitativos e qualitativos, isto é, não apenas a apreensão do real pela intensidade das propriedades (quantidade), mas também e, principalmente, pelo mundo dos significados das ações e relações humanas (qualidade), assim é o método dialético.

Será utilizada para a análise de dados a técnica da Análise de conteúdo, conforme descrito abaixo.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que tem determinadas características metodológicas como objetividade, sistematização e inferência. Conforme Almeida (2009 *apud* Bardin 1979 p.39):

Objetividade: explicitação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa. Em cada momento do processo, há uma tomada de decisões.

Sistematização: inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias de um texto de acordo regras consistentes e sistemáticas. Significa que para testar diversas questões norteadoras o pesquisador deve analisar todo o material disponível, tanto aquele que apóia as suas questões norteadoras quanto os que não apóiam.

Inferência: operação pela qual se aceita uma proposição, devido a sua relação com outras proposições, já aceitas como verdadeiras.

A descrição é uma primeira etapa da análise e a interpretação a última etapa, a inferência é um procedimento intermediário que permite a passagem entre uma e outra.

O objetivo da análise é organizar e sintetizar os dados obtidos, extraíndo ao máximo as informações relevantes à pesquisa. Já o objetivo da interpretação é a procura pelo sentido mais amplo das respostas, em junção com os conhecimentos obtidos anteriormente.

Assim, pretende-se estabelecer categorias de análise; codificar, para que os dados brutos possam ser tabulados; tabulação, ou agrupamento dos dados; análise estatística dos dados; e por fim a interpretação dos dados, ou seja, relacionar os resultados obtidos e analisados com o referencial teórico e com os objetivos.

5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Etapas da Pesquisa	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Elaboração do Projeto	X	X							
Organização e observação (montagem dos instrumentos de coleta e pré testes dos mesmos)		X	X						
Bibliografia (revisão bibliográfica)	X	X							
Entrevistas e Questionários (aplicação dos instrumentos-coleta de dados)			X	X	X				
Relacionar dados / infográficos (análise e interpretação)						X	X	X	
Elaboração de Relatório			X			X			X
Avaliação do Projeto		X		X		X		X	
Divulgação dos resultados									X

Cada etapa será realizada em dois meses, sendo que a pesquisa levará 18 meses no total para ser concluída.

6 ORÇAMENTO

a) Material permanente:

Computador	(01)	R\$1.200,00
Pendrive	(01)	R\$20,00

b) Material de consumo

Pastas c/ elástico	(10)	R\$20,00
Impressões	(800)	R\$800,00
Canetas	(100)	R\$50,00
Pasta fichário/ arquivo	(03)	R45,00

c) Pessoal

Somente uma pesquisadora.

A pesquisadora buscará parceria com a Prefeitura Municipal de Imbé, para subsidiar material de consumo. O material permanente, bem como a disponibilidade pessoal para a realização da pesquisa ficam sob responsabilidade da mesma.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sônia Maria. *Análise de Conteúdo (PowerPoint)*. Material didático pedagógico. Atividade Acadêmica de Pesquisa II em Serviço Social. Unisinos. 25 fev. 2009

BARROCO, M. Lucia S. *Considerações sobre a ética na pesquisa a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Disponível em <www.cpihts.com>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *Humanização na saúde: um novo modismo?* Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.389-406, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. *Instrução normativa número 01/97, de 15 de maio de 1997*. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de Estados e do Distrito Federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96. Brasília, Diário Oficial da União, 1997.

_____. *Cartilha HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Política Nacional de Humanização. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996

_____. *Lei n. 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 União, 1990.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais*. Brasília, 1992.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. *Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993*.

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Vol. 1 e 2. Brasília, 2003.

_____. *Pacto pela Saúde 2006*. Brasília, 2006. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf> Acesso em 26 nov. 2014.

_____. *O acolhimento como diretriz clínica: rede de conversações*- Política Nacional de Humanização, 2004.

_____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20 Brasília, 2001. Disponível em:
<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS*. In: Fleury, S. (org.). *Saúde e Democracia- a luta do CEBES*. Lemos Editorial, 1997

CECÍLIO, LCO. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de Saúde Pública, 1997.

GIL, Antonio C. *Como redigir o projeto de Pesquisa?* In: *Como elaborar projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1988.

MELO, Inaiá Monteiro. *Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais*. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade*. 12º Ed., Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão*. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em 26 nov. 2014.

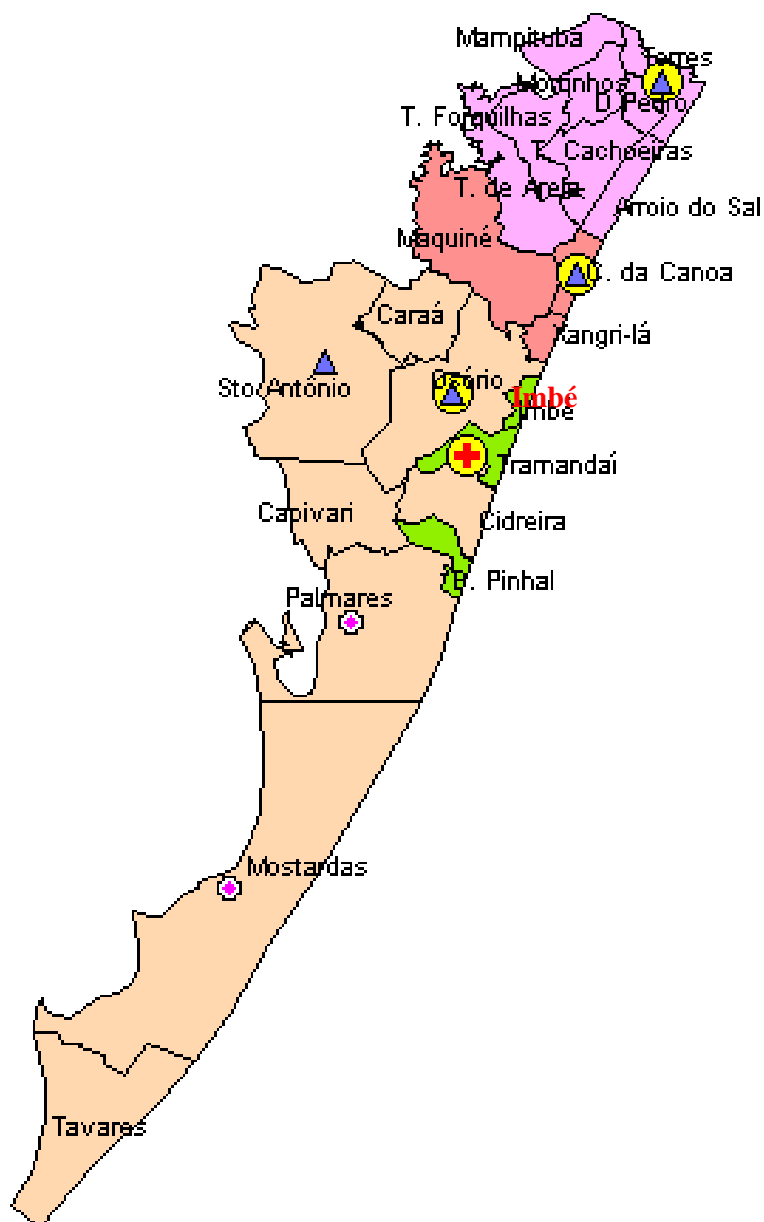
TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *As Redes de Trabalho Afetivo e a Contribuição da Saúde para Emergência de uma outra Concepção de Público*. Disponível em <<http://redehumanizaus.net/rede-hs>>. Acesso em 26 nov. 2014.

VALLS, Álvaro L.M.O. *O que é ética*. 9º ed. São Paulo. Brasiliense, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - mapa litoral norte

MAPA LITORAL NORTE



APÊNDICE B - mapa município de imbé

MAPA MUNICÍPIO DE IMBÉ (centro e bairros mais ao sul)



ANEXOS

ANEXO A - termo de consentimento informado livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., RG nº....., abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa A PERSPECTIVA DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE/ICTS E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO/PNH NO MUNICÍPIO DE IMBÉ/RS: *Incentivo à Qualificação e os Processos de Educação Permanente do Profissional em Saúde*; realizada pela pesquisadora Virginia Surlemont de Souza, orientada pela Profª. Marta Helena Buzati Fert, sob a supervisão da mesma; autorizando o uso do conteúdo das informações dadas parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data. Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa que consiste em analisar a percepção dos trabalhadores de saúde que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Imbé/RS a cerca do eixo sobre Educação Permanente do profissional de saúde na Política Nacional de Humanização (PNH). As entrevistas serão gravadas e transcritas pela pesquisadora retirando quaisquer informações identificatórias, estando ciente de que poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo. Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora, no telefone (51) 8233-8858, ou através do e-mail virginia_imbe@yahoo.com.br.

Imbé, de de 2015.

Entrevistado (a)

Virginia Surlemont de Souza
Pesquisadora

ANEXO B - roteiro para entrevista individual

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nome: _____

Profissão: _____

Tipo de vínculo: _____

Tempo de vínculo: _____

Carga horária na Unidade: _____

1) O que você entende por humanização?

2) O que você entende por informação em saúde?

3) Especifique sua qualificação profissional:

4) Você participa, ou participou nos últimos 12 meses, de algum evento ou curso de capacitação/ qualificação profissional na sua área de atuação, oferecido pela instituição, ou com liberação da mesma? Descreva:

5) Você participa, ou participou nos últimos 12 meses, de algum evento ou curso de capacitação/ qualificação profissional na sua área de atuação por sua própria conta?

Descreva:

6) Você participa, ou participou nos últimos 12 meses, de algum evento ou curso de capacitação/ qualificação em quaisquer outras áreas do conhecimento?

7) Você já teve alguma solicitação (período) de participação em curso/evento indeferida pelo gestor? Descreva:

8) Qual a sua opinião sobre educação permanente na saúde:

Sua participação é muito importante para a pesquisa. Obrigada.

Virginia Surlemont de Souza