



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS

Patrícia Rosane Naymaer Schneider

Orientador: **Prof. Esp. Luiz Henrique Alves da Silveira**

Porto Alegre 2010

PATRÍCIA ROSANE NAYMAER SCHNEIDER

**HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NO
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO
DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS**

**Projeto de conclusão do curso de Especialização em Informação
Científica e Tecnológica em Saúde apresentado ao Grupo Hospitalar
Conceição.**

ORIENTADOR: Prof. Esp. Luiz Henrique Alves da Silveira

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram na minha intenção de não desistir de escrever sobre o tema que tanto me atinge, como também àqueles a quem um dia representei e de coração tentei fazer o melhor. Especialmente à Beatriz Ilha Xavier que muitas vezes consolou-me na minha inquietante jornada em busca da essência dessa utopia que tento tornar real. Ao meu orientador, por sua paciência e confiança depositada. Aos meus colegas de curso que foram generosos em compreender que minha luta foi muito mais ideológica do que propriamente acadêmica, mas prestou-se a deixar uma centelha de preocupação a respeito de nossas relações diárias. À FIOCRUZ e ao GHC por essa oportunidade.

Muito obrigada.

Sobre minha motivação de escrever a respeito desse tema:

"... a institucionalização reduz a perfeição da utopia à relatividade de sua realização histórica, que pode ser percebida, sobretudo através da prevalência da outorga sobre a participação. O que começa na história sob o entusiasmo da utopia, vai cedendo à ferrugem do tempo. E é exatamente por isto que é preciso mudar, não porque seja possível exterminar o poder, mas porque é possível aumentar sempre mais a participação."
(Demo, 1989)

Se ninguém se atrever a tentar mudar o mundo, nem a utopia nos restará.

RESUMO

O presente projeto contempla uma tentativa de esclarecer os motivos que levam os profissionais de uma mesma área de atuação a atuarem em separado em um sistema que pressupõe participação igualitária e representação através de colegiados. Lança-se um olhar crítico às relações de trabalho em um setor onde profissionais de nível operacional lidam diretamente com pacientes pediátricos e, portanto, deveriam ser sujeitos a constantes treinamentos e avaliações a respeito além de sua satisfação, seu desempenho nas tarefas diárias, buscando qualificar o atendimento e considerar também a sobrecarga emocional e física vivenciada pelos mesmos. Elaborou-se um instrumento de pesquisa com a finalidade de avaliar a satisfação e o comprometimento dos trabalhadores ligados às atividades finalísticas, com os dados coletados, buscam-se informações que ajudem aos gestores na tomada de decisão, quanto às diretrizes na gestão de pessoas que muitas vezes são relegadas a um segundo plano. As tecnologias leves sendo valorizadas e transformando uma rotina mecanicista em relações humanas e igualitárias de trabalho é a pretensão final desse estudo. Com isso, colabora-se para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivamente transformá-lo em um serviço de acesso humanizado e igualitário em todas suas instâncias.

Palavras chave: Tecnologia Biomédica, Humanização da Assistência, Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This project includes an attempt to clarify the reasons that professionals in the same area of operations to assume roles of oppressor and oppressed in a system that requires equal participation and representation through collegiate. Lance is a critical to employment in a sector where operational-level professionals work directly with pediatric patients and therefore should be subject to constant training and assessments about the satisfaction in performing everyday tasks, trying to qualify the customer and consider also the emotional and physical burden experienced by them. We developed a survey instrument in order to assess the satisfaction and commitment of staff related activities purposive and data collected is seeking information that helps managers in decision making as to the guidelines in the management of people who are often relegated to the background. Soft technologies are valued and making a mechanical routine in human relations and equal work is the final intention of this study. With that helps to strengthen the SUS (public health system in Brazil) and effectively turn it into an access humanized and equitable in all its instances.

Keywords: Biomedical Technology, Humanization of Assistance, SUS (public health system in Brazil).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	09
2.1 OBJETIVO GERAL	09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
3 JUSTIFICATIVA	10
4 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4.1 CONHECIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO NA SAÚDE	11
4.2 HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	14
4.3 HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NA ÁREA DA SAÚDE	15
5 METODOLOGIA	17
5.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO	17
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	18
5.2.1 O Grupo Hospitalar Conceição	18
5.2.2 O Hospital da Criança Conceição	22
5.2.3 O Serviço de Nutrição e Dietética do HCC.....	23
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
5.4 COLETAS DE INFORMAÇÕES	23
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
6 CRONOGRAMA	25
7 ORÇAMENTO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	30

1 INTRODUÇÃO

Os assuntos referentes ao desgaste emocional do trabalho de cuidar de pessoas doentes têm sido vastamente debatidos pela literatura, com numerosos trabalhos lançados em diferentes disciplinas de atuação, como medicina, enfermagem, e demais labutadores envolvidos nos serviços de saúde.

Analisar as dificuldades do trabalho, denota acometer as múltiplas dimensões que o processo de trabalho abarca, incluindo ações como das esferas organizacional, técnica e humana. Alude também a distinguir as necessidades de outras intervenções complementares que inclui as educativas e necessárias para a modificação do problema que dizem respeito à aplicação de conhecimento científico e técnico. Muitas vezes esses fatores podem ser concomitantes a conflitos latentes da equipe nos níveis de desempenho e modo de raciocinar.

As diferenças técnicas dizem respeito às especificações do conhecimento e das intervenções entre as variadas áreas profissionais. As diferenças referem-se à existência de valores e regras sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as ocupações. Isto expressa que algumas profissões são superiores a outras, e que existem relações hierárquicas de submissão entre os profissionais.

A mudança na forma de gestão do Grupo Hospitalar Conceição, com a adoção da Gestão Participativa, colocou fim a uma etapa administrativa que vinha consolidada antes do modelo de gestão baseado em colegiados. Com a troca da forma de gestão, vislumbra-se a possibilidade de reestruturação do serviço no sentido de aprimorarem-se as relações hierárquicas visando aumentar a eficácia e eficiência no atendimento às solicitações institucionais e ampliar a qualidade do serviço prestado ao paciente/cliente.

Para isso sugere-se uma pesquisa de satisfação e comprometimento dos trabalhadores levando em consideração as responsabilidades relativas aos cargos de todos os níveis, alinhando o perfil dos profissionais que atuam nas diversas estruturas e âmbitos do serviço. Tal estudo se faz necessário frente ao aumento das demandas e do reconhecimento, proveniente da gestão colegiada, de um trabalho que garanta a atenção aos resultados no Serviço de Nutrição e Dietética. Sem a garantia da satisfação daqueles profissionais que lidam diretamente com o paciente e suas vicissitudes, torna-se impossível um atendimento de qualidade compatível com o exigido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o grau de satisfação dos trabalhadores operacionais (Atendentes de Nutrição) com relação ao tratamento recebido por parte dos profissionais de nível hierárquico superior (Nutricionistas, Técnicos em Nutrição, Auxiliares de Nutrição) e outras funções que por ventura incluam-se em grau de superioridade e autoridade sobre tais trabalhadores, com ênfase no que se refere ao acesso das informações a eles disponibilizadas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o processo de comunicação dentro do Serviço de Nutrição e Dietética. Verificando se a gestão dos dados permite o acesso às informações aos trabalhadores com diferentes graus hierárquicos.

- Verificar a eficácia na gestão dos recursos, se está sendo feito o gerenciamento racional de custos e investimentos. Analisar se o olhar do gestor e dos trabalhadores está voltado aos usuários externos e internos, uma vez que ambos são contribuintes que financiam o Sistema Único de Saúde.

- Identificar se existe gerenciamento humanizado e gestão organizacional e metodológica planejada para aplicabilidade nas tarefas do dia a dia com constituição de um diferencial de atendimento e lógica de rotinas organizadas. Criando subsídios para elaboração de treinamento/ educação permanente dos profissionais envolvidos e estímulo à participação nas decisões.

3 JUSTIFICATIVA

Além do tema da humanização ser de grande relevância aos trabalhadores da área da saúde, esse estudo será de muita utilidade para o gestor, no sentido de auxiliar a programar e planejar suas estratégias de gestão, visando um cumprimento humanizado das rotinas e protocolos do serviço, beneficiando não somente os trabalhadores, mas principalmente os usuários.

Salienta-se a inclusão de profissionais de todos os níveis, criando vínculos entre as diferentes esferas hierárquicas, delineando-se assim os novos processos de trabalho e revisando-os de forma contínua e abrangente com avaliação qualitativa e periódica.

Sendo assim, busca-se a excelência no atendimento, aliando o conhecimento técnico dos profissionais de nível superior em conjunto com a noção de realidade encontrada no cotidiano do contato com os usuários pelos trabalhadores com cargos predominantemente operacionais.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS NA SAÚDE

Desde tempos antigos, usa-se informação para estabelecer atividades de saúde. Com a ampliação da ciência, o conhecimento científico passa a ter maior valor nesse processo. Entretanto, deve-se ter em mente que, como ocorre em diversos outros campos da ação humana, no processo de elaboração de resoluções no campo da saúde, o conhecimento científico é somente um dos componentes, pois parte deste processo não é e, provavelmente, nunca será cientificamente fundamentado. Em períodos recentes, tem-se o entendimento de que o componente científico deva ser aumentado, na esperança de que as decisões contenham um maior grau de certeza, atingindo os fins propostos e, como efeito, resultando, em última instância, em melhorias essenciais das condições de saúde das populações. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994)

O desenvolvimento elevado dos profissionais de saúde foi de um modo geral, de acordo com a história levantada sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, as quais atribuíram ao professor especialista uma posição de centralidade no processo de ensino-aprendizagem. Essa construção entre outros modos, tais como o aspecto privilegiado nos determinantes biológicos, na enfermidade e no afazer hospitalar, vinculou-se à exagerada especialização e ao distanciamento dos conteúdos curriculares indispensáveis à formação de um profissional de saúde com perfil para responder às necessidades da população. (FEUERWERKER, 2002)

Tal problema relaciona-se com o perfil dos egressos ao sistema público de saúde, fruto de uma formação que, por um longo tempo, privilegiou a especialização, o uso intenso de tecnologia e os métodos de elevado custo, enquanto acumulavam-se as precisões básicas de saúde de grande parte da população brasileira. Neste setor, abordagens que se relacionam à ética, à humanização e ao cuidado são colocadas em segundo nível. (REGO et al., 2007)

Na área da saúde, nos Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde de 2004, foram identificadas dificuldades

constantes na descentralização regional e definição dos recursos humanos, nas autoridades para a gestão dos métodos de inovação e na disseminação das informações científicas e tecnológicas. Em relação ao complexo produtivo em saúde no País, os problemas foram o enfraquecimento da produção e o acréscimo das importações na década de 90. Quanto ao fomento à pesquisa, destacou-se o expressivo aumento do gasto público, a invenção de novas modalidades de financiamento que instigam a transferência de informação e ampliação tecnológica, o desenvolvimento da participação de agências financiadoras estaduais e as dificuldades na avaliação dos gastos privados. Para o enfrentamento dos problemas marcados e a consumação do pacto ético para o progresso, a curto, médio e longo prazo, das condições de saúde da população brasileira, estabeleceu-se que a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deverá seguir como linha condutora a extensividade, inclusividade, seletividade, complementaridade, concorrência, interesse científico, tecnológico e ético, grande valor social, responsabilidade gestora e controle social. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2004)

Se ponderarmos que o processo de intervenção prática deve estar calcado em conhecimentos científicos, se percebemos que o conhecimento, de modo geral, deve ser analisado como investigação - como movimento do pensamento no sentido de efeitos novos – pode-se garantir que não apenas a investigação científica deve ser distinguida como teórica, mas ainda sua aplicação como aprendizado, uma vez que a apreensão efetiva do objeto da ação humana implica a identificação de sua dimensão teórica. Assim sendo, a própria aplicação prática do conhecimento, mesmo considerando-se a sua especificidade, deve ser caracterizado como um ato investigativo. (ABRANTES; MARTINS, 2006)

De acordo com a história, a intervenção da humanidade no seu espaço é cada vez mais indireta, por meio de diversas ferramentas. Em especial nas ciências, as ferramentas utilizadas são cognitivas. Representar formalmente o conhecimento científico em geral e nas Ciências da Saúde em especial em formato “inteligível” por programas, denota em termos práticos desenvolver ontologias. Essas ontologias serão tão mais benévolas quanto mais acuradamente refletirem as descobertas científicas nesta ciência, ou seja, quanto mais satisfazerem ou forem análogas à realidade desta área, poderão ser utilizadas como amostras científicas desta realidade, modelos esses passíveis de ser processáveis para avaliar hipóteses,

praticar checagens, diagnósticos, identificar contradições etc., se constituindo em ferramentas cognitivas e instrumentos para o avanço da pesquisa e do conhecimento científico. (KUHN, 2005)

Para Postman (1992), a tecnologia tem transformado a prática da área da saúde, redefinindo o que são os especialistas, redirecionando o caminho em que eles devem centralizar seu cuidado e reconceitualizando o modo como vêem os pacientes e a enfermidade. A tecnologia tem um lado de caráter prático que pode dar diagnósticos mais acelerados e precoces, e tratamentos mais rápidos e seguros. Porém, a questão da participação humana, contemplada com as tecnologias leves, muitas vezes fica relegada ao segundo plano. Os hospitais da atualidade devem ter a preocupação de, ao adquirir equipamentos e aparelhos de alta tecnologia, também valorizar o trabalho do profissional que lida diretamente com o motivo dessas aquisições: O ser humano. De nada adianta investimentos elevados em máquinas que por si só não suprem a demanda de atenção integral que o usuário necessita.

Ayres (2000) recorre à hermenêutica moderna que, numa multiplicidade de disciplinas científicas e de distintas linguagens, procura o conhecimento apropriado, legalizado pelo acordo entre os sujeitos, diante de interesses múltiplos, disputas e aversões. Configura-se um saber tolerante mútuo que provoca interpretações e ressignificações ocorridos pelas interações mais proporcionais, que traga propostas mais consensuadas. Para o autor, o certo para a humanização pode ser determinado como um acordo nas tecnociências da saúde com a felicidade, com o bem comum.

Gonçalves (1983) complementa, dizendo que os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica em fins do século XIX e início do século XX revolucionaram o papel e as funções do hospital, transformando-se na mais importante instituição para o tratamento das enfermidades. O mesmo autor coloca, que o hospital é uma instituição que evoluiu, modificando suas características, suas intenções, sua administração, seus processos e instrumentos de trabalho. Desse modo, surgiu também a necessidade de implementar novas formas de fazer a gestão, a fim de melhorar o atendimento ao usuário, tendo em vista toda a complexidade que envolve o cuidar e tratar da equipe de saúde.

Na contemporaneidade, há uma intenção nas instituições formadoras de profissionais de saúde de distinguir o que faz parte do papel profissional e refletir

sobre a responsabilidade social para a locação de recursos advindos do Sistema Único de Saúde e garantindo o direito à saúde da população e valorizando processos participativos que exercitem a organização popular. No entanto, a prática profissional de saúde ainda é pautada por uma atuação centralizada no cenário hospitalar e no uso intensivo da tecnologia. (TAVARES, 2002)

Mesmo conscientes da importância do campo da subjetividade na saúde, da evidência dada ao princípio da integralidade e do desenvolvimento de tecnologias leves reservadas ao aperfeiçoamento da atenção, particularmente no campo da atenção básica à saúde, para a maioria dos profissionais, o modo tecnicamente humanizado continua sendo uma utopia, um esboço daquele que seria o jeito certo de fazer. (AYRES, 2000)

O caráter humano das tecnologias não deve ser descuidado. A dicotomia entre tecnologia e fator humano é recriminada por Teixeira (2005). E mais, o autor coloca que as tecnologias de escuta e de transações são ferramentas extraordinárias para humanização e que devemos considerar o homem como ser de linguagem, que representa compreensão essencial na construção desta relação humana indicada na proposta da humanização no serviço público de saúde.

4.2 HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

De acordo com Aktouf (1996), a busca pela dignidade humana nos ambientes laborais é condição essencial para o bom desempenho financeiro da instituição, o que, apesar de não ser o objetivo primário do SUS, é desejável para a boa gestão dos recursos públicos. Isto ocorre, pois com a revalorização do capital humano, as organizações terão trabalhadores mais conscientizados, mais prósperos, proativos, menos doentes, frustrados, mais cooperativos, responsáveis, menos distantes, mais inventivos. Serão pessoas exercendo sua liberdade de expressão e fazendo uso do seu potencial criativo, intelectual e social no trabalho.

Humanizar é uma medida que visa, principalmente, tornar essencial a assistência ao indivíduo criticamente acamado, considerando-o como um ser em sua integralidade.

Além de abranger o cuidado ao paciente, a humanização estende-se a todos aqueles que permanecem envolvidos no processo saúde-doença que são,

além do paciente, a família, o grupo multiprofissional e o ambiente. (VILA; ROSSI, 2002)

Na análise de Martins (2004), a humanização em saúde é um método de transformações no envolvimento interdisciplinar, considerado um processo amplo, longo e complicado ao qual se apresentam resistências, pois abrange modificações de comportamento que sempre despertam dúvida. De uma maneira geral, os padrões conhecidos parecem mais seguros, uma vez que os novos não estão determinados, não oferecem características generalizáveis e cada profissional, equipe ou instituição terá seu método singular de humanização.

Ferreira (2008) apresenta um conceito expandido de humanizar que pode ser idealizado desde uma escuta atenta, uma boa afinidade entre médico-paciente, ou a reorganização dos processos de trabalho, a invenção de ouvidorias e "balcões de acolhimento", até a melhoria das construções do serviço. A viabilização dessas práticas pelos gestores também difere, indo de uma ênfase na formação e sensibilização dos profissionais, passando pela assistência de profissionais especializados até bonificações pelos serviços. Enfim, o programa supõe uma redefinição de capacidades que possa ir além das dicotomias e fragmentações na atenção, superando, deste modo, os limites da separação do trabalho em relação ao tratar e o cuidar.

4.3 HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NA ÁREA DA SAÚDE

Segundo Peduzzi (2001), a equipe de saúde muitas vezes se prepara sem um agir comunicativo, marcando as relações hierárquicas por um alto grau de subordinação, valor comum ao modelo biomédico tradicional de saúde. A proposta de constituição de uma equipe multidisciplinar, constituindo espaço para a troca de saberes e papéis, fortalece a individualidade ao contrário de criar relações de trabalho mais horizontais e coletivas. Fica assim de difícil operacionalização um trabalho integrado, intersetorial e voltado para a coletividade, com divisão de trabalho mais flexível e democrática. Continuamos assim com a dominante dicotomia entre a sensibilidade social e a competência técnica.

De acordo com a história, a organização hierárquica do hospital do século XIX foi uma extraordinária tática da medicina para a época contemporânea para o desenvolvimento da clínica e da tecnologia médica. Aumentou o acesso da

população ao atendimento e propiciou grandes progressos técnicos. Entretanto, junto a esses avanços, também se conceberam condições que tornaram o hospital um lugar de consternação.

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nos métodos auxiliares no interior de uma estrutura distinguida pela rigidez hierárquica que determina ausência de direito ou solução para decisões superiores, forma de circulação da comunicação unicamente descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária fizeram do hospital um espaço onde as pessoas são tratadas como coisas e predomina a não consideração à sua autonomia e a falta de solidariedade. (SÁ et al., 2008)

Hoje, para a prática do cuidado com ações humanizadoras, torna-se necessário apreciar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, promover a construção de autonomia, o protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social de modo participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e estimar os profissionais de saúde. Ao oferecer essa proposta, o Programa Nacional da Assistência Hospitalar introduz a dimensão humana e subjetiva, na base de toda intervenção em saúde, da mais ingênua às mais complicadas, influenciando na eficácia dos serviços oferecidos pelos hospitais. (OLIVEIRA et al., 2006).

A adoção dessa prática em todas as instâncias hierárquicas dentro de um serviço que tem a relevância do contato direto durante várias vezes ao dia, com o usuário que se encontra debilitado e necessitando de um olhar diferenciado faz-se imprescindível à medida que esse contato será mais qualificado e reconfortante. O respeito aos sujeitos envolvidos nesse espaço de convivência deixa caracterizada a necessidade do funcionário de receber um tratamento humanizado, tanto quanto o usuário.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tendo como alvo a análise do grau de comprometimento e satisfação dos trabalhadores de serviço operacional do setor de nutrição e dietética de um hospital público no município de Porto Alegre/RS, optou-se por uma metodologia qualitativa por adaptar-se melhor ao objetivo do estudo.

A pesquisa qualitativa é feita sob a luz do paradigma interpretativo da ciência onde se busca a obtenção de dados descritivos mediante o contato interativo e interpretativo do pesquisador com o sujeito da pesquisa. Crê-se ser esse o método mais indicado para avaliar fenômenos de natureza social como o que trata esse estudo: A satisfação e comprometimento dos trabalhadores de nível hierárquico mais baixo dentro de um setor de atividade finalística onde quem agrega valor ao serviço prestado é constantemente cuidado por trabalhadores da linha de controle e que não adicionam poucas contribuições à lide final.

Pretende-se fazer uma análise das respostas da entrevista no sentido de aferir se os trabalhadores estão preparados para suprir a demanda, que é grande, e ao mesmo tempo se eles estão satisfeitos com o tratamento que recebem por parte das chefias. Existe a hipótese de que os trabalhadores não têm preparo emocional, por estarem constantemente sob pressão para cumprimentos de metas, e que a falta de participação dos trabalhadores operacionais na formulação das mesmas é prejudicial para o bom andamento do serviço.

A diferenciação quanto ao método, forma e objetivo são evidenciadas em Godoy (1995, p.62) que enumera as características básicas desse tipo de pesquisa como:

- Ambiente natural como fonte de coleta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental.
- Caráter descritivo
- Significado que as pessoas dão as coisas e à vida como preocupação do pesquisador.
- Enfoque indutivo

Esse tipo de abordagem se torna pertinente devido ao caráter subjetivo da pesquisa que busca avaliar aspectos subliminares e sutis das nuances emitidas pelos sujeitos pesquisados em suas respostas mais simples às mais estruturadas.

Essas características somadas à ampla gama de informações e representações do contexto na qual se produzem, tornam a metodologia qualitativa ideal para tentativa de compreensão dos fenômenos sociológicos das relações laborais em serviços de saúde. Conforme Minayo (1994), a pesquisa qualitativa “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”. Essas definições foram de extrema importância para o delineamento final da melhor forma de estruturarem-se as entrevistas.

Em consonância com o pensamento contemporâneo, a dialética

se baseia na observação da realidade social e na adequação a ela da visão dialética que privilegia: a) a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; b) o fenômeno da transição, da mudança, do vir a ser sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; d) a totalidade e a unidade dos contrários” (MINAYO, 1994).

Dessa forma, o método dialético aliado à pesquisa qualitativa parece contemplar todos os aspectos e matizes de um estudo com a pretensão de captar um olhar ao mesmo tempo individual e co-relacionando os sujeitos às responsabilidades sobre o usuário, abrangendo não só a responsabilidade por si, mas também pelo outro.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

5.2.1 O Grupo Hospitalar Conceição

A Organização aqui apresentada é o Grupo Hospitalar Conceição que atua no setor da saúde pública; com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O GHC é um complexo hospitalar de estrutura divisionalizada subordinado diretamente ao Ministério da Saúde, fator preponderante na questão de financiamento de suas atividades, pois recebe recursos diretamente do Governo

Federal, fenômeno só observado em sete hospitais do Brasil, sendo seis deles no estado do Rio de Janeiro.

Formado pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e doze Unidades de Saúde Comunitária, o GHC tem mais de sete mil trabalhadores.

Atende à população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado e outros estados.

Funciona desde 21/12/1967.

Em relação ao ciclo de vida, encontra-se no estágio de formalização na etapa de inovação (Pesquisa e Desenvolvimento).

No longo do tempo o GHC foi adquirindo hospitais e agregando Unidades Básicas de Saúde transformando-se de uma estrutura burocrático profissional em uma estrutura divisionalizada contando com unidades descentralizadas administradas por uma holding. Apesar de manter características jurídicas de Sociedade Anônima, grande parte das ações é de poder do Governo Federal o que permitiu que a Instituição atendesse somente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde.

O GHC é fruto da implementação de ações que seguem diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal. Em todas as ações desenvolvidas nas unidades do Grupo, se busca promover a cidadania, a inclusão e a justiça social. Para isso, conta com uma estrutura baseada em ações no setor de Recursos Humanos, com missão, objetivos e um organograma que orienta uma equipe multiprofissional distribuída em quatro coordenações. Esta equipe envolve mais de 100 pessoas responsáveis por desenvolver políticas e ações para mais de sete mil trabalhadores (GHC, 2010).

A Organização é uma Instituição referência em sua área de abrangência. A ela são designados pacientes de toda a cidade de Porto Alegre, Região Metropolitana, outros estados e países. Por essa característica e por atender somente ao SUS, muitas vezes seu sistema fica sobrecarregado, ocasionando demora no atendimento, o que gera conflitos com seus usuários que são amplamente divulgados pela mídia.

A missão do GHC, expressa nos crachás de identificação dos trabalhadores, se define por: Desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população,

com excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, sua função social

A estratégia organizacional parte do princípio de que o Gestor tem poderes para a tomada de decisão dentro de seu âmbito profissional, deixando fluir o organograma e auxiliando a descentralização.

É importante considerar os tipos de tecnologia mais significativos para a organização e sua influência e complexidade. As tecnologias da área da saúde, por si só apresentam uma complexidade de alto nível. Isso se reflete desde a aquisição dos equipamentos licitados que necessitam incluir em sua descrição o treinamento de trabalhadores para a operacionalização do aparelho, bem como sua manutenção e fornecimento de insumos específicos. Muitos equipamentos são adquiridos em regime de comodato por sua rápida obsolescência, gerando uma troca quase que constante por versões mais modernas, reduzindo custos e mantendo qualidade. As tecnologias utilizadas tornam a estrutura dinâmica e em consonância com as inovações as quais o mercado carece, porém sem que o treinamento dos trabalhadores acompanhe esse ritmo.

Os trabalhadores, por serem concursados, têm a impressão de estabilidade, gerando uma identificação com a missão da Instituição por estar voltada para uma questão humanitária. Tendo em vista a remuneração distinta do mercado, que caracteriza os trabalhadores do GHC como os mais bem remunerados do estado do Rio Grande do Sul, suscita um apego à instituição, muitas vezes desestimulando a rotatividade.

A cultura da organização está diretamente ligada aos recursos humanos, uma vez que são as pessoas que, interagindo, agregam valor humano à parte física da Instituição.

A autoridade é exercida através de chefias designadas por cargos em comissão e filiação partidária na qual a meritocracia muitas vezes fica relegada a segundo plano. O grau de autonomia é proporcional à importância da categoria funcional e sua capacidade de organização e imposição de seus direitos. O controle é centralizado nas mãos dos Gestores e Gerentes que dão a opinião final com relação aos objetivos a serem alcançados.

A partir de 2007, foi instituído um sistema de gestão participativa na qual trabalhadores eleitos por seus pares representam setores numa proporção de 10% de representatividade. A gestão participativa tem encontrado dificuldades em se firmar como política institucional motivada pela resistência de gestores que temem a perda do controle sobre seus trabalhadores. A participação dos trabalhadores tem sido tímida frente ao temor de represálias.

O perfil dos profissionais é traçado através de edital para concurso público, contemplando cotas para afro-descendentes e portadores de necessidades especiais, conforme exigência da legislação. Conta-se também com mão de obra advinda de programas federais, como jovem aprendiz, estagiários de nível secundário e superior, programa de Residência Integrada em Saúde, Residência Médica e trabalhadores de empresas terceirizadas.

Como todas as instituições públicas o GHC possui inúmeros cargos de gestão indicados por conveniência política dos partidos que estão no poder em determinado mandato. Esse fenômeno que se observa hoje inclui indicação de cargos por partidos de ideologias diametralmente opostas e distribuição de colocações estratégicas na administração a pessoas despreparadas tecnicamente, visando somente ascensão social e maior visibilidade de líderes partidários. Nessa esfera convive a mais variada gama de categorias profissionais que pouco se relacionam com a administração pública e prejudicam em muito a população e o corpo de trabalhadores concursados que se vêem impossibilitados de ocupar funções para as quais possuem capacitação e conhecimento do serviço em detrimento de pessoas vindas de fora, sem vínculo nem conhecimento da realidade da empresa.

Soma-se a isso a terceirização de serviços vitais ao bom andamento de uma instituição de saúde como: Higienização, lavanderias, desinsetização, exames microbiológicos dos alimentos servidos aos pacientes, entre outros, o que causa uma distorção salarial e um abismo relacional por permitir a convivência, no mesmo ambiente, de profissionais executando uma mesma tarefa com salários muito diferentes. Além da falta de comprometimento com a instituição, os trabalhadores terceirizados sofrem com alta rotatividade de setores e empresas prestadoras de serviços, que normalmente são de propriedade de pessoas que possuem alguma relação com a esfera pública, ocasionando um verdadeiro caos no que se refere à segurança, higiene e empenho dos profissionais envolvidos. A terceirização dá

margem a uma série de disfunções no sistema de gestão de pessoas, que poderiam facilmente ser evitadas com a contratação de profissionais concursados.

Passaríamos por um longo caminho para mudar a forma de lidar com nossas instituições públicas antes de acertar um modelo que contemplasse todos os anseios de um grande número de cidadãos insatisfeitos com a forma como são geridas as empresas do governo. Um caminho mais curto seria a transparência na gestão e a meritocracia como forma de escolher trabalhadores para ocupar cargos estratégicos na empresa. Pessoas que não prestaram concurso público não poderiam ocupar cargos técnicos, para os quais sequer habilidades possuem. Necessariamente um conjunto de qualidades que incluiriam liderança e idoneidade deveriam ser critérios para ocupação de tais postos. Teríamos, então, a extinção de Funções Gratificadas e cargos terceirizados, e as empresas governamentais seriam administradas por pessoas competentes. Além disso, as tarefas finalísticas seriam feitas por pessoas comprometidas e preparadas para tal, através de cursos e qualificação dos profissionais para a execução de afazeres e atendimento ao público que utiliza os serviços de saúde que lhes é garantido pela Constituição Federal.

Todavia para isso tudo se tornar concreto, o lugar do controle social, previsto nas diretrizes do SUS, precisa ser ocupado em sua plenitude por pessoas que desejem mudar a forma de se fazer saúde no Brasil. Essa mudança passará necessariamente pelo olhar diferenciado sobre os sujeitos envolvidos no labor diário, tornando as tecnologias leves tão essenciais de serem atualizadas como os outros tipos de tecnologia que a ciência tem nos dado acesso. Enquanto a tecnologia leve, os processos de trabalho como um todo, for relegada a coadjuvante dos maravilhosos avanços tecnológicos da ciência, estará a organização fadada a desperdiçar grande parte do motivo do sucesso de uma instituição de saúde: Sua equipe de trabalhadores, ou seja, exatamente o tipo de tecnologia que precisa de investimento maciço.

5.2.2 O Hospital da Criança Conceição

Encontra-se integrado no sistema do Grupo Hospitalar Conceição, inclusive com mesmo número de CNPJ, o Hospital da Criança Conceição (HCC), hospital pediátrico subordinado ao Ministério da Saúde e 100% dos atendimentos realizados

pelo Sistema Único de Saúde, portanto sujeito ao cumprimento de normas destinadas ao serviço público, dentre elas legislação específica. O Hospital da Criança Conceição possui 252 leitos e 42 consultórios distribuídos em uma área física de 6.628 m² contando com 891 trabalhadores (GHC, 2010).

5.2.3 O Serviço de Nutrição e Dietética do HCC

No Serviço de Nutrição e Dietética, onde os sujeitos estão em contato direto com os usuários durante a maior parte de sua jornada, necessita-se dar uma atenção especial aos relacionamentos inter e intra-setoriais, bem como aos pessoais. O bom desempenho dos sujeitos que lidam em contato direto com os pacientes está diretamente associado ao tipo de gestão ao qual estão subordinados. É o cenário específico do estudo.

O setor possui 104 trabalhadores em média e, desses, cerca de 60 são diretamente ligados ao trato com os pacientes, envolvidos em função finalística de distribuição de refeições (GHC, 2010).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os pesquisados serão atendentes de nutrição do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Criança Conceição, que necessariamente tenham contato profissional diário com os pacientes. Para inclusão, será observada a aceitação voluntária em participar da pesquisa e o número de sujeitos será determinado pela quantidade de voluntários dispostos a colaborar com o estudo. A pesquisadora tem envolvimento com a problemática que está sendo investigada, sendo portanto, subentendido o compromisso ético e profissional.

5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de informações será realizada por meio de entrevistas contendo questões norteadoras (Apêndice I), com roteiro estruturado levando em consideração os objetivos propostos pela pesquisadora.

Será proposto ao Gestor da equipe de Nutrição e Dietética a disponibilização de local reservado para as entrevistas, objetivando privacidade e,

portanto, uma maior disposição em colaborar por parte dos entrevistados, e também sua liberação das tarefas de rotina durante o tempo que durar a entrevista, que é estimado em trinta minutos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados pelo método de conteúdo proposta por Minayo (1994) que se resume a três etapas:

- a) Pré-análise, visando retomada de hipóteses e objetivos da pesquisa dando uma visão global e ampla do material a ser avaliado.
- b) Exploração do material, transformando os dados brutos em informações mais objetivas com recorte de texto em unidades de registro.
- c) Interpretação das informações e transformação delas em dados passíveis de gerarem conteúdo informacional para tomada de decisões acerca dos relacionamentos hierárquicos do serviço em questão. Para isso, será usada literatura de apoio que remeterá ao tema, sua significância e necessidade de estudo.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, para avaliação e aprovação. Os trabalhadores respondentes serão esclarecidos sobre os objetivos e as finalidades do estudo e assinarão Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice II). Conforme Resolução 196/96, serão garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações. Para isso usar-se-á a substituição dos nomes dos participantes por números seqüenciais.

7 ORÇAMENTO

	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
200 folhas tipo ofício	0,05	10,00
01 gravador de voz	100,00	100,00
01 pen drive	65,00	65,00
25 horas técnicas para entrevistas	10,00	250,00
50 horas técnicas para transcrição	10,00	500,00
10 horas técnicas para análise de dados	10,00	100,00
15 horas técnicas de avaliação e preparação da monografia	10,00	150,00
Total do projeto		1175,00

O custeio das despesas relativas à realização da pesquisa será solicitado ao Fundo de Fomento da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A.A.; MARTINS, L.M. Relações entre conteúdos de ensino e processos de pensamento. **Revista de Educação**, SP, UNESP. Disponível em: < <http://www.franca.unesp.br/oep/Eixo%20-%20Tema%2006.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2009.

AKTOUF, Omar. **A administração entre a tradição e a renovação**. São Paulo: Atlas, 1996.

AYRES J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n.6, p.117-120, fev. 2005.

_____. Hermenêutica e Humanização das práticas e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, jul./set. 2005.

BRASIL. Resolução 196/ 1996 do **Conselho Nacional de Saúde** – Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1.,1994; Brasília. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico Tecnológico, 1994. Disponível em: <[http://openlibrary.org/b/OL941884M/Anais_da_1_Conferencia_Nacional_de_Ciencia e Tecnologia em Saúde](http://openlibrary.org/b/OL941884M/Anais_da_1_Conferencia_Nacional_de_Ciencia_e_Tecnologia_em_Saude)>. Acesso em 19 nov. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2.,2004; Brasília. **Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2005. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/CGI-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=exprSearch=470666&indexSearch=ID>>. Acesso em 18 nov. 2009.

DEMO, P. **Nossas mais belas utopias**. 1989. Disponível em: <<http://culturabrasil.org/nossasbelasutopias.htm>>. Acesso em 11 jan. 2010.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o Técnico. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.14 , n.3, p.111-118, dez. 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

GHC, Grupo Hospitalar Conceição. **Apresentação**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=3>>. Acesso em 13 jan. 2010.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, Brasília , v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr 2005.

_____, A. Pesquisa qualitativa- tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a Visão Administrativa Contemporânea**. 1. Ed. São Paulo: Pioneira, 1983.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MARTINS, M. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, B. R. ; COLLET, N. ; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 277-284, mar./ abr. 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

POSTMAN, N. **Tecnopólio**: a rendição da cultura à tecnologia. 1. São Paulo: Nobel, 1992.

REGO, S; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. **Cadernos da ABEM**, São Paulo, v.3, p. 24-33, out. 2007.

SÁ, M.C; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I . A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1334-1343, jun., 2008.

TAVARES, C. M. M. A educação na formação da enfermeira em saúde mental. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 243-246, set./dez. 2002.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-598, jul./set. 2005.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2 , p. 137-144, mar./abr. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Estrutura abordando a satisfação do funcionário.

- 1- Qual sua formação escolar ou acadêmica?
- 2- Como você acha que sua formação anterior à entrada no Hospital da Criança Conceição pode contribuir para seu relacionamento com os pacientes e gestores?
- 3- Como você se sente em relação às pessoas que têm superioridade hierárquica e interferem nos seus processos de trabalho?
- 4- Você tem acesso às informações necessárias para que seu desempenho possa ser otimizado?
- 5- Como você julga que o acesso a Informação poderia contribuir para melhorar o serviço prestado pelos Atendentes de Nutrição?

Estrutura com ênfase ao comprometimento dos trabalhadores em relação aos usuários externos.

- 1- Quanto ao gerenciamento de recursos e o desperdício de materiais e alimentos, como você acha que poderia contribuir para que haja mais racionalização no consumo?
- 2- Qual o tempo que você julga ideal para desempenhar suas funções com presteza e dedicação?
- 3- Quantos usuários você atende e quantas refeições distribui a cada um deles durante sua jornada?
- 4- Você se sente apto a lidar com dificuldades emocionais ocasionadas pela exposição e trato com os pacientes?
- 5- Quantos treinamentos que abordaram o tratamento ao usuário, incluindo questões éticas, você participou no ano passado?

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação no projeto de pesquisa intitulado: **HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS**

Fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos do estudo nos quais serão obtidas informações sobre satisfação e comprometimento dos trabalhadores do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Criança Conceição. O presente estudo será feito pela aluna do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS) da Fundação Oswaldo Cruz: Patrícia Rosane Naymaer Schneider e orientado pelo especialista Luiz Henrique Alves da Silveira.

Fui informado das justificativas e da relevância desse estudo bem como:

De meus direitos em receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e quaisquer assuntos relacionados com a pesquisa.

Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo ao desempenho de minhas funções enquanto funcionário do setor.

Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Esclareço que não receberei nenhum benefício financeiro como resultado da minha participação nessa pesquisa.

Declaro ainda que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Em caso de dúvidas éticas, poderei fazer contato com o Coordenador executivo do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, através do telefone (51) 3357-2407.

A pesquisadora responsável por esse projeto é Patrícia Rosane Naymaer Schneider e o contato com a mesma pode ser feito a qualquer momento através do telefone (51) 9904-5498, pelo e-mail rosanen@ghc.com.br e pessoalmente na Av. Francisco Trein 596.

Esse documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição na data: ____/____/____

Assinatura do participante

Data: / /

Assinatura da pesquisadora

Data: / /

APÊNDICE III - CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GHC

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa HNSC a avaliação do projeto de pesquisa com o título, HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS, que tem por objetivo analisar o grau de satisfação e comprometimento dos trabalhadores operacionais (Atendentes de Nutrição) com relação ao tratamento recebido de parte dos profissionais de nível hierárquico superior do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Criança Conceição.

O período de desenvolvimento da pesquisa compreenderá os meses de Dezembro de 2010 a Setembro de 2011.

Obrigada.

Patrícia Rosane Naymaer Schneider

APÊNDICE IV - TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196/96, normatizadora da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa.

Patrícia Rosane Naymaer Schneider
Setembro 2010