



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
POLO FAXINAL DO SOTURNO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
MODALIDADE EAD

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

**O PAPEL COMUNICATIVO DOS COLABORADORES PARA A POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE SANTA MARIA**

MORGANA DE MELO MACHADO HAMESTER

SANTA MARIA, RS, BRASIL

2011

**O PAPEL COMUNICATIVO DOS COLABORADORES PARA A POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE SANTA MARIA**

Por

Morgana de Melo Machado Hamester

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública – modalidade EAD da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão Pública**

Orientador: Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura

SANTA MARIA, RS, BRASIL

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Morgana de Melo Machado Hamester. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Benjamin Constant, n. 1081 apt. 302. Bairro Centro, Santa Maria, RS, 97050-023

Fone (0xx)55 30267547; End. Eletr: morganahamester@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós Graduação Latu Sensu EAD em Gestão Pública**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o a monografia de especialização

**O PAPEL COMUNICATIVO DOS COLABORADORES PARA A POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE SANTA MARIA**

Elaborada por

MORGANA DE MELO MACHADO HAMESTER

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

Professor Dr. Gilnei Luiz de Moura – UFSM
(Presidente / Orientador)

Professor Dr. Milton Wittman – UFSM

Professora Dr^a. Vânia Fighera Olivo – UFSM

Santa Maria, junho de 2011.

RESUMO

Monografia de Especialização
Programa de Pós-Graduação Especialização em Gestão Pública
Modalidade EAD
Universidade Federal de Santa Maria

O PAPEL COMUNICATIVO DOS COLABORADORES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Autor: Morgana de Melo Machado Hamester

Orientador: Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura

Santa Maria, junho de 2011

Este trabalho busca avaliar o valor da comunicação para a implementação da Política Nacional de Humanização, baseada em suas diretrizes norteadoras de protagonismo, autonomia e co-responsabilidade, estabelecidas a partir do documento HUMANIZA SUS, e avaliadas aqui, sob o aspecto comportamental e o ponto-de-vista dos profissionais envolvidos com a PNH no Hospital Universitário de Santa Maria. Metodologicamente, esta pesquisa é um estudo de caso, organizado a partir da aplicação/interação entre a pesquisadora e os entrevistados, configurando uma análise de discurso e de conteúdo.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, comunicação, HUMANIZA SUS, comportamento.

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	POR EXTENSO
SUS	Sistema Único de Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
PNH	Política Nacional de Humanização
HUMANIZA SUS	Documento base para gestão da PNH
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CRH	Coordenação de Recursos Humanos
NEPS	Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde
HUs	Hospitais Universitários

SUMÁRIO

Introdução	01
1. Fundamentação Teórica	06
1.1. Organizações e Políticas Públicas	06
1.2. Processos de comunicação e qualidade da informação	13
1.2.1. Concepções sobre internalização de informações nos modelos de gestão em saúde	16
1.3. Concepções sobre a PNH e seu desdobramento no HUSM	19
1.4. Gestão Hospitalar	21
2. Metodologia	25
2.1. Objeto Empírico: Hospital Universitário de Santa Maria	25
2.2. Percurso Metodológico	26
2.3. Natureza da pesquisa	27
2.4. Técnicas da pesquisa	29
2.4.1. Análise e interpretação de dados	32
2.4.2. Aspectos éticos	32
3. Resultados e discussão dos dados	34
3.1. Grupo Focal	39
4. Considerações Finais	42
5. Referências	44
6. Apêndices	51

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a complexidade e dinamicidade das instituições de saúde vêm exigindo maior qualidade nos processos de trabalho, envolvendo não apenas os campos científicos da saúde, mas também demandando a existência de uma interface com outras áreas do saber, essencialmente como a área da administração, e modernamente com a área da comunicação.

Vivencia-se uma transição paradigmática que integra diferentes áreas de formação, compreendendo aqui a relação entre administração/comunicação, o que requer um novo olhar sobre o modo de atuação dos profissionais que necessitam transgredir suas visões tradicionais. Essas mudanças alteram conceitos, posturas e condutas que, entre outros fatores, são relevantes por influenciarem o modo de organização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais que compõem os campos de ação hospitalar.

Apesar das novas tecnologias de ponta que emergem na área da saúde, bem como dos grandes avanços da medicina e/ou outras sub-áreas da saúde, a comunicação ainda se apresenta como uma interface insuficiente e pouco valorizada nos planejamentos estratégicos organizacionais dos complexos hospitalares, de modo que não se alcança com isso, um patamar justo de evolução, avaliar os “tropeços” na implementação de determinados programas, projetos e políticas, que deixam a desejar, na maioria das vezes, em razão dessa secundarização dos processos de comunicação dentro das instituições de saúde. O modelo biomédico, centrado na atuação que segue uma visão média e tradicional, torna-se obsoleto na medida em que não avalia outros fatores, além dos biológicos, como causa de doenças. Ressurge, então, a importância de um mundo mais humanizado, que ultrapasse esses limites e fronteiras para além da relação médico/paciente, resgatando, a partir de uma visão social, novos perfis de formação profissional para esta realidade multidimensional, a partir da sintonia entre conhecimento e vivência, eficiência e participação, potencializando assim novos atores sociais para novos cenários na saúde. Isto significa pensar na utilização da multidisciplinaridade, do que o sociólogo Boaventura de Souza Santos (2004) denomina "conhecimento pluriversitário", que é um conhecimento contextual, na medida em que o princípio organizador de sua produção é a aplicação que lhe pode ser dada. Esta ponderação suscita o enfoque da humanização no âmbito do SUS, que se expressa mais claramente no

que diz respeito à baixa responsabilização e à descontinuidade no cuidado, no tratamento e em procedimentos técnico-operativos.

Na percepção de Dario Pasche, coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, a humanização é um certo modo de fazer, de lidar e intervir sobre os problemas do cotidiano da atenção à saúde, e construir um novo modelo pedagógico é uma exigência premente, em decorrência principalmente das novas formas de convivência humana e de pensamentos tecnicistas. Considera um aspecto relevante da formação profissional em saúde, o exercício prático de experimentação no dia-a-dia dos serviços, o qual pressupõe intercâmbio de conhecimentos e é a qualidade e intensidade dessa permuta que garante processos formativos adequados.

É o caso da complexidade que envolve a instituição dos princípios norteadores¹ da Política Nacional de Humanização² (PNH, 2008) - protagonismo, autonomia e co-responsabilidade dos sujeitos (inserido no Documento Base do HUMANIZA SUS³), que

¹ Destacamos, então, os princípios norteadores da Política de Humanização: Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.); Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a **transversalidade** e a grupalidade; Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Construção de **autonomia** e **protagonismo** dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; **Co-responsabilidade** desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

² O SUS institui uma **política pública** de saúde que visa à **integralidade, universalidade, busca da equidade** e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas. A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em: Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos **Humanização** como: Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

³ O HUMANIZA SUS é o documento base de ação para gestores e trabalhadores do SUS, que formula um marco teórico e político, estabelecendo a Humanização como política transversal da rede SUS, propondo orientações sobre as estratégias, parâmetros de implementação, ações e dispositivos, bem como os desafios desta política. (Acesso em 05 de maio de 2011) Pode ser acessado online em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

pressupõem mudança de comportamento com formação de novas identidades dos sujeitos implicados no processo de implantação desta política. É a construção de uma nova sensibilidade política, como a **ação de humanizar**⁴, que envolve mudanças que passam pela percepção de processos de transformação, e articulam possível solução para problemas de luta por estes desafios. Essa redescoberta justifica o processo de Humanização, ou seja, o papel protagonista assumido pelo usuário redefine a compreensão entre a política, a administração, a comunicação e a educação no cenário da saúde.

Apesar desse movimento em torno da implementação da PNH, alguns administradores hospitalares percebem a dificuldade para viabilizar os novos conceitos, idéias e valores nas instituições hospitalares, o que evidencia, entre outros aspectos, que há um complexo sistema de comunicação em torno da PNH, que precisa ser mais bem compreendido, para então ser melhor potencializado e gerenciado no sentido de ser ferramenta efetiva, que diz respeito à internalização dos novos conceitos propostos pela PNH, bem como o devido comprometimento por parte dos profissionais que atuam nas instituições de saúde a partir das proposições sociais desta política.

Lidar com esta dimensão do comportamento profissional destes atores significa avaliar como ocorre a disseminação das informações bem os processos de internalização das mesmas. É preciso, neste sentido, levar em consideração as vivências e experiências que organizam as representações e repercussões destas relações, bem como pressupor que existe uma relação entre sistemas de saúde, administrativos e de comunicação, pela quais modos de veiculação das informações e modos expressões de pensamento formam uma rede de construção de comportamento que na realidade da saúde no Brasil ainda é muito fragilmente

⁴ A Humanização do SUS operacionaliza-se com: A construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos; A troca e a construção de saberes; O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”: Acolhimento com classificação de risco; Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; Colegiados de Gestão; Contratos de Gestão; Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; Grupo de Trabalho de Humanização

entendida. Assim, no campo da saúde, esta interface entre administração e comunicação assume um espaço estratégico não apenas no interior das instituições, mas também na sociedade como um todo devido os impactos que pode exercer.

O panorama oportunizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para o processo de implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), possibilita uma reflexão sobre o impacto das informações, em seus efeitos de sentido, para a atuação dos profissionais da área da saúde, envolvidos com a PNH, na gestão, no gerenciamento e na assistência. Pois, as mudanças nos processos de produção de saúde exigem que novas concepções sejam percebidas nos vários grupos que compõe a diversidade de trabalho naquele hospital. Tais avanços somente serão possíveis através da redemocratização das relações interpessoais, partilhando experiências, estabelecendo vínculos e explicitando responsabilidades, e definindo, assim, novas identidades.

Frente a tais considerações delinea-se como tema/objeto central desta proposta de estudo que compreende a importância da comunicação na implementação de processos de comprometimento profissional nas instituições de saúde. Busca-se, portanto, compreender os processos de comunicação intra e intergrupos, que envolve um movimento contínuo e complexo de recepção, representação e significação das informações, idéias e valores, inseridos em um processo dialógico de relações sociais, com concepções de política, educação, gestão e assistência.

A contextualização e temática apresentadas anteriormente, conduzem a necessidade de buscar uma maior compreensão do papel que os elementos da comunicação exercem na implementação de processos de mudança nas instituições de saúde, tendo como referência a instituição da PNH. Delineiou-se para isso o seguinte problema de pesquisa:

Como está relacionada a qualidade da disseminação das informações em torno dos princípios orientadores da Política Nacional de Humanização e a internalização, assimilação e comprometimento dos profissionais envolvidos nos processos de gestão e atenção hospitalar?

Em um caráter geral, o grande objetivo desta pesquisa consiste em compreender a relação entre qualidade da disseminação das informações em torno dos Princípios orientadores da Política Nacional de Humanização e a internalização/ comprometimento dos profissionais envolvidos nos processos de gestão e atenção hospitalar.

Num segundo momento, esta pesquisa tem por finalidade investigar qual o significado da PNH para os profissionais que foram qualificados para atuar de acordo com os seus

princípios orientadores, na gestão e atenção hospitalar dentro do HUSM; analisar como ocorre a disseminação das informações sobre PNH no cotidiano dos processos de gestão e atenção hospitalar na perspectiva de implantação de novos desenhos organizacionais; verificar a existência de internalização e comprometimento decorrente das informações que são internalizadas pelos sujeitos envolvidas com a PNH, ou seja, como fazem sentido e são transformadas em objetos de trabalho.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os capítulos que seguem, tem por finalidade construir uma resposta teórica para o problema suscitado nesta pesquisa, instaurando-se como subsídio para a coleta de dados. Pauta-se, principalmente, em conceitos elaborados por autores como Gramsci, Etzioni, Habermas, Martín-Barbero, dentre outros, sendo estes pertinentes a esta construção teórica: Organização das políticas públicas e Processos de comunicação e qualidade da informação, no que concerne o desdobramento do processo de implementação da Política Nacional de Humanização no Hospital Universitário de Santa Maria.

1.1. Organizações e Políticas Públicas

A construção do conceito de organização político-pública do Estado, sob um aspecto amplo, passa, necessariamente, por uma reflexão sobre a própria estrutura da sociedade, seja em termos de cultura, política, economia, ou mesmo o alicerce ligado à questão religiosa. Ao conceber a noção de Estado, como uma estrutura institucional de poder, e, faz-se aqui uma alusão ao pensamento do Século das Luzes, a partir de iluministas como Rousseau (1978) e Montesquieu (1963), percebe-se que é poder que legitima o próprio Estado, e esta legitimidade se sustenta sob forma de autoridade. Assim, o Estado envolve uma questão do Poder, em sua origem, natureza, organização e distribuição. Tanto Locke (2001) quanto Rousseau (1978) consideravam que o poder do Estado residia no povo que era soberano. Rousseau (1978) afirmou que a partir do contrato social surgiu a vontade geral que é soberana e que objetiva a realização do bem geral.

No entanto, quando o próprio Estado se estabeleceu no Poder e teve que se defrontar com a nova classe social emergente – o proletariado - precisou reinterpretar as idéias de liberais para justificar suas prerrogativas e evitar que o proletariado reivindicasse os direitos naturais à liberdade e igualdade. Assim, nasce um enfoque marxista, que foi elaborado a partir da crítica ao enfoque liberal de Estado, e embasa-se na existência de uma sociedade de classes onde os interesses são antagônicos, inviabilizando a realização do bem comum e a neutralidade do Estado (MARX; ENGELS, 1999).

E é neste Estado que configura um jogo de forças cruzadas e se insere a burocracia, como pano de fundo para o tratamento das relações de poder e de controle. Assim o Estado se compõe de dois segmentos distintos, porém atuando com o mesmo objetivo, que é o de manter e reproduzir a dominação da classe hegemônica.

A sociedade política (Estado em sentido restrito ou Estado coerção) a qual é formada pelos mecanismos que garantam o monopólio da força pela classe dominante (burocracia executiva e policial-militar) e a sociedade civil, formada pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias, composta pelo sistema escolar, Igreja, sindicatos, partidos políticos, organizações profissionais, organizações culturais (revistas, jornais, meios de comunicação de massa, etc). (GRAMSCI, 1987, p.64)

O significado de Estado, portanto, evolui ao longo do tempo, e varia, de acordo com a concepção de cada autor, em relação a aspectos político, sociológico, constitucional e filosófico, sobretudo, delineando uma abordagem organizacional. Norberto Bobbio (1997) afirma que

o conceito de Estado não é um conceito universal, mas serve apenas para indicar e descreve uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII até os fins do século XVIII ou inícios do século XIX, na base dos pressupostos e motivos específicos da história européia e após esse período se estendeu, libertando-se, de certa maneira, das suas condições originárias e concretas de nascimento, a todo mundo civilizado. (p. 425)

Pensar em civilidade significa combinar formação burocrática à estrutura organizacional, que envolve forças de dominantes e dominados, que se configura a conceituação de burocracia, que como fonte principal está ligada aos traços destacados por Max Weber (1971), autor que isola os elementos fundamentais da organização moderna. São: 1. as atribuições dos funcionários, oficialmente fixadas por leis, normas ou disposições administrativas; 2. as funções são hierarquizadas, integradas num sistema de mando, de modo que, em todos os níveis, as autoridades inferiores são controladas pelas superiores, sendo que a autoridade inferior pode apelar das decisões de uma instância superior a ela; 3. a atividade administrativa é registrada em documentos escritos; 4.as funções supõem um aprendizado profissional; 5.o trabalho do funcionário exige vinculação inteira ao cargo; 6.o acesso à profissão é ao mesmo tempo o acesso a uma tecnologia particular (jurisprudência, ciência comercial, ciência administrativa, etc.).

A partir da combinação das linhas de pensamento dos referidos autores utilizados para promover o entendimento sobre as questões ligadas ao Estado em sua estrutura política e social, pode-se entender que seu desdobramento, que orchestra as ações na própria sociedade civil, representa o novo momento teórico, a nova determinação descoberta, introduzida pelo destaque aos meios de comunicação, que canalizam à própria estrutura vigente, uma direção intelectual e moral, difundindo com eficácia, as ideologias da classe hegemônica vigente.

Para processar uma espécie de renovação, a estrutura pública tem necessitado, cada vez mais, investir na otimização dos processos de comunicação e informação, seja por meio de capacitação em recursos humanos ou específicos, seja por meio da organização/implementação de políticas organizacionais mais eficientes, que, contudo, obedeçam a tendência de mercado em elevar a comunicação à condição de ferramenta fundamental na gestão organizacional e na prestação de serviços:

As últimas décadas são marcadas por profundas mudanças de ordem econômica, política, social, cultural e tecnológica, com velocidades cada vez maiores. Essas mudanças têm gerado ambiente complexo que traz muitos desafios às organizações, uma vez que vislumbrar as oportunidades embutidas neste ambiente de riscos é um fator primordial para sua sobrevivência e importante fator de competitividade. Para enfrentar os desafios e conseguir enxergar as oportunidades oriundas desse ambiente de grandes mudanças e incertezas, os planejadores vêm-se às voltas com o problema de prosperar o futuro e especular sobre as tendências do ambiente econômico, setorial e empresaria. (GIOVINAZZO & FISCHMANN, 2002, p.231)

Faz-se necessário a conceituação de organização, de modo que se percebe a organização como uma resultante da interação entre o indivíduo e a própria estrutura em que exerce suas atividades profissionais. Amitai Etzioni (1973), em sua postura estruturalista a cerca do pensamento sobre as organizações “pós-modernas” (grifo meu), define-as como:

As organizações são unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas, a fim de atingir objetivos específicos. Incluem-se as corporações, os exércitos, as escolas, os hospitais, as igrejas e as prisões; excluem-se as tribos, as classes, os grupos étnicos, os grupos de amigos e as famílias. (ETZIONI, 1973, p.9)

É na relação social entre os indivíduos e a própria estrutura, que as transformações organizacionais se processam, uma vez que “as organizações são o contexto no qual as pessoas trabalham” (HALL, 2004, p.7). Conforme a figura 1 expressa, pode-se entender que uma organização é fruto de uma combinação social dos indivíduos que a compõe, bem com a estrutura da própria organização, que compreende seu racionalismo, suas regras, seus objetivos, sejam eles reais ou estabelecidos.

Para Hall (2004, p.4), “o impacto das organizações sobre os indivíduos concentra-se nas organizações de trabalho”. A partir desta percepção, entende-se que as organizações são estruturadas a partir da relação indivíduo/estrutura, sendo esta coordenada pelo controle gerencial, a partir de objetivos organizacionais e institucionais.

Há que se considerar, neste contexto, a importância do elemento cultural engendrado nesta relação, que se delimita a cultura organizacional, um aspecto que se constitui com um caráter singular, e baliza o funcionamento de uma organização em sua essência, pois

[...] resulta da teia de valores que vai se construindo e reconstruindo pela interatividade entre os valores dos indivíduos que integram a organização. Os valores organizacionais constituem a abstração de que nos servimos para buscar compreender cada organização em sua singularidade. [...] a singularidade organizacional não é atingida e percebida por práticas tradicionais de planejamento estratégico, modelagem organizacional, logística, marketing e outras. Rupturas se fazem necessárias nas práticas de gestão, a fim de tornar as organizações mais eficientes, eficazes e efetivas. (FERREIRA et al., 2005, p.30)

A cultura organizacional pode ser entendida como:

[...] um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (FLEURY, 1987, p.22).

Deste modo, compreende-se a cultura organizacional, como elemento fundamental para o desenvolvimento de atividades de uma instituição, no sentido de sintetizar valores, princípios, conceitos, usos e costumes, conferindo uma particularidade diferenciada à própria organização. E na ambiência institucional de uma organização, a cultura ali intrínseca carrega consigo uma gama de heterogeneidade, uma diversidade cultural que diz respeito ao compartilhamento de valores, princípios e comportamentos.

Naturalmente, disputas entre os atores que estão inseridos nesta ambiência organizacional, especialmente falando dos grupos de trabalho, são inevitáveis, de modo que, aos poucos, sempre existe a possibilidade de um amadurecimento desses motivos de discussão, na medida em que vão sendo feitas negociações entre os mesmos e são construídos acordos para atender as reivindicações, porém sem gerar novos conflitos com outros atores sociais. Isto é política, ou seja, *politics*. (RUA, 2009).

Neste contexto, é preciso entender que dentro das organizações, as políticas públicas (*policy*) resultam das atividades da política (*politics*); as primeiras implicam em uma decisão a partir das segundas, de maneira ainda que as primeiras exercem sua função “pública” a partir de diretrizes e planejamento estratégico governamental, repercutindo diretamente em todas as esferas da sociedade, mas com especial execução que parte do aparato governamental organizacional (instituições de ensino, saúde, etc).

A dimensão ‘pública’ de uma política é dada não pelo tamanho do agregado social (grandes ou pequenos grupos) sobre o qual incidem, mas por seu caráter jurídico ‘imperativo’. Isto significa que uma das características centrais é o fato de que as

decisões são revestidas do poder extroverso e da autoridade soberana do poder público. (RUA, 2009, p.21)

Assim, para que políticas públicas tenham sua efetividade garantida dentro das organizações, em sua dimensão “política” propriamente dita, precisam revestir-se de estratégias que, coordenadas, tornam-se imprescindíveis à tomada de decisões. É importante ainda esclarecer que

a implementação, portanto, compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos. (RUA, 2009, p. 94)

O processo de implementação de uma política pública, inserida no contexto da ambiência/cultura organizacional, pode ser entendido sobre dois aspectos: as estratégias adotadas, a partir dos objetivos escolhidos; e o processo de mudança, no que diz respeito ao comportamento individual, bem como organizacional.

Sobre o papel da ação estratégica nas organizações, Agrícola Bethlem afirma que

[...] Estratégia é um conceito que precisa ser aprendido. (Aprender significa saber utilizar; sem saber utilizar um conceito não há como aplicá-lo) [...] Estratégia para ser tornada real, ou seja, bem executada, tem que ser aprendida por várias pessoas e aceita por todas elas [...] A transformação de idéias ‘estratégias’ em ações ‘estratégicas’ que venham dar aos estrategistas os resultados que almejam exigirá várias etapas: 1a. etapa: um processo intelectual individual ou coletivo de geração de propostas de ação que se pode chamar de planejamento estratégico; 2a. etapa: um processo comportamental – social de obtenção de concordância e apoio de outros indivíduos às propostas da etapa anterior, cujo resultado se pode chamar de plano estratégico ou plano de ação. Até essa etapa o produto existe apenas ‘no pape’ e pode ser abandonado sem grandes conseqüências; 3a. etapa: outro processo comportamental social em que os mesmos indivíduos, ou mais alguns indivíduos cooptados, iniciem, junto com o autor ou autores das idéias, o processo de concretizar no mundo real as ações propostas no plano da etapa anterior. Pode-se chamar esta etapa de implementação estratégica. Esta última etapa já vai alterar as condições materiais da empresa pela utilização de recursos e poderá provocar modificações no ambiente em que a empresa atua, se houver reação dos competidores; 4a. etapa: um processo dinâmico de finalização das ações iniciadas na etapa anterior – implantação da(s) estratégia(s). (2001, p.18)

Para tanto, a estratégia assume aqui, um papel fundamental, inclusive no processo de politização/implementação de políticas públicas, atualmente com disseminação de informação baseadas fortemente no diálogo comunicacional e social dentro das instituições públicas, o que, por sua vez, constitui uma problemática delicada e complexa, aberto a diferentes discussões, pois nem sempre a compreensão e análise dos métodos e processos de trabalho, a partir da comunicação, e que constitui um objeto central na gestão, ligado ao desempenho dos indivíduos e à própria ação do poder público.

Antes de analisar os processos de mudança organizacional, faz-se necessário o entendimento sobre a natureza dos objetivos da organização. A estrutura organizacional em si é formada a partir de regras e objetivos a serem seguidos, para propor uma direção coordenada dos processos organizacionais aos indivíduos inseridos neste contexto. Para Etzioni,

Os objetivos das organizações tem muitas funções. Pela apresentação de uma situação futura, indicam uma orientação que a organização procura seguir. Dessa forma, estabelecem linhas mestras para a atividade da organização. Os objetivos constituem também uma fonte de legitimidade que justifica as atividades de uma organização, e, na verdade, até sua existência. Além disso, os objetivos servem como padrões, através dos quais os membros de uma organização e os estranhos a ela podem avaliar o êxito da organização – isto é, sua eficiência e seu rendimento. Os objetivos servem também, de maneira semelhante, como unidades de medida para um estudioso de organizações, que tenta verificar sua produtividade. (...) Um objetivo da organização é uma situação desejada, e que a organização tenta atingir. (1973, p.13)

Pode-se perceber, a partir dessa colocação, que a dimensão de um objetivo para uma organização tem um impacto psico-social; dotados de uma intencionalidade, os objetivos estabelecem a postura e a finalidade de uma organização, e uma vez atingidos, podem abrir espaço para as reestruturações e mudanças organizacionais, avaliadas ainda a partir das dimensões dinâmicas referentes ao poder, à tomada de decisões e ao papel da comunicação.

A mudança organizacional pode ser definida como “a alteração e transformação da forma, a fim de sobreviver melhor ao ambiente”. (...) Alguns analistas veem a organização como estando em fluxo constante. Chid e Kieser (1981) afirmam: ‘As organizações estão mudando constantemente. Alterações nas condições externas, como concorrência, inovação, exigências do público e política governamental, requerem que novas estratégias, novos métodos de trabalho sejam criados para uma organização meramente continuar em seu nível atual de operações. Fatores internos também promovem a mudança, pois os gerentes e os demais membros de uma organização podem almejam não apenas sua manutenção, mas também seu crescimento, a fim de assegurar melhores benefícios e maior satisfação para eles mesmos’. (HALL, 2004, p.173)

Deste modo, o processo de mudança organizacional constitui uma fonte potencial para a superação de obstáculos sistêmicos que são inerentes à dinâmica de uma organização. Estes processos podem ser mais bem articulados a partir de ações que envolvam planejamento estratégico. De acordo com Maximiano (2006), o planejamento estratégico é “o processo de elaborar a estratégia, definindo a relação entre a organização e o ambiente”. Este processo compreende a tomada de decisões sobre qual o padrão de comportamento que a organização seguirá, produtos e serviços que pretende oferecer, bem como mercados e clientes que pretende atingir. Aliar o planejamento à estratégia significa aliar a eficiência à competência, em uma inter-relação equilibrada, no que diz respeito às ações/decisões a serem tomadas:

A eficiência real de uma organização específica é determinada pela medida em que atinge seus objetivos. A competência de uma organização é medida pela quantidade de recursos utilizados para fazer uma unidade de produção. Esta, habitualmente, está muito ligada aos objetivos da organização, mas não se confunde com eles. (ETZIONI, 1973, p.18)

Sendo assim, é por meio de um efetivo planejamento estratégico governamental (PEG), que envolva, fundamentalmente, ações de comunicação processadas a partir das políticas públicas, bem como da cultura organizacional vigente, que o Estado pode estruturar as políticas públicas, avaliadas aqui a partir de um novo contexto social. Para esclarecer às questões relativas ao “Estado Herdado” e sua possível transição para um “Estado Necessário”, o autor explica é necessário que haja uma proposta de mudança, com um cunho social, educacional e cultural, que demande ao Estado. O PEG, dentre outras coisas, alavanca, portanto, os processos decisórios, relativos às políticas públicas, e se faz necessária, no que diz respeito à incorporação destas à cultura organizacional dentro de uma instituição. Porém, este é um processo complexo, que exige uma nova lógica a ser pensada pela própria estrutura governamental. Neste sentido, é importante perceber que estes processos decisórios estão sempre ligados à questão da informação, pois

[...] o ato de informar ou ser informado, isto é, de emitir ou receber informações, nos é tão familiar quanto os atos de comer ou respirar [...] A ação dos homens parece então estar ligada estritamente à informação que possuem, o que os psicólogos explicam dizendo que as volições, as decisões e os atos dos indivíduos se clareiam e se preparam através de mecanismos e de operações que partem do domínio mental, em relação com a informação. Daí existir, no plano individual, uma necessidade permanente de informação, que faz com que o indivíduo, ou seja naturalmente (*sic*) e suficientemente informado, ou vá em busca da informação, quando ressentido (*sic*) da sua ausência ou insuficiência [...]. (Reboul in MARTELETO, 1987, p. 173)

Estruturados interna e externamente, os processos comunicacionais institucionais vem sendo valorizados pelo poder público, especialmente incorporados ao PEG, a partir da ótica de observação/incorporação de ideias e comportamentos da iniciativa privada, e por isso, passam sempre, por intensas dificuldades em suas implementações.

1.2. Processos de comunicação e qualidade da informação

É impossível analisar a qualidade da disseminação das informações ou a internalização das informações sobre políticas públicas que envolvem profissionais, em especial atenção àqueles que atuam em saúde, sem antes se pensar em como se processa a comunicação dentro de uma instituição. Inicialmente, é preciso levar em consideração as conexões entre os o sujeito inserido no contexto social, dito aqui seu ambiente de trabalho:

Avaliando a perspectiva de Jürgen Habermas, percebe-se:

Estou convicto de que *ontogênese das perspectivas do falante e do mundo*, que leva a uma compreensão descentrada do mundo, só poderá ser esclarecida em conexão com o desenvolvimento das correspondentes estruturas da interação. Se partirmos, com Piaget, do agir, isto é, do *confronto ativo* de um sujeito que aprende construtivamente com seu *mundo ambiente*, é natural supor, primeiro, que o complexo sistema de perspectivas se desenvolve a partir de duas raízes: por um lado, a partir da perspectiva do observador, que a criança deve adquirir através de um relacionamento perceptivo-manipulador com o seu mundo-ambiente físico, bem como, por outro lado, a partir das perspectivas eu-tu relacionadas uma à outra reciprocamente, que a criança exercita através do relacionamento simbolicamente mediado com pessoas de referência. (HABERMAS, 2003, p.170)

Assim, é possível observar que a relação interacional entre o indivíduo, seu próprio ambiente, bem como suas referências e vivências, podem desencadear forças de ação em comunicação, sob dois aspectos que o legitimam: a perspectiva do “eu”, enquanto observador; e a perspectiva do “outro”, formando assim o que o referido autor chama de um “sistema de perspectivas do mundo que se completa” (HABERMAS, 2003, p. 171).

Mas essa completude é possível a partir da interação pessoal e social, que passa ser base para a formação de vínculos em sociedade, por meio de elementos de discursividade.

Todavia, nossa hipótese exige uma distinção que não é fácil operacionalizar entre: (a) papéis comunicacionais e perspectivas do falante, (b) implementação dessas perspectivas do falante em diferentes tipos de interação e (c) a estrutura de perspectivas de uma compreensão de mundo que admita a escolha entre as atitudes fundamentais em face do mundo objetivo, social e subjetivo. (HABERMAS, 2003, p.172)

Tais elementos efetivam um sistema de comunicação mais adequado em uma estrutura social, em que melhor se defina os papéis comunicacionais de cada indivíduo, bem como se estabeleçam interações e apropriações adequadas na esfera ativa da ambiência ou conexto social. Em se tratando de um sistema de comunicação efetivo dentro de uma organização, J.B. Pinho (1990), afirma que este exige o atendimento de certas condições básicas: a

primeira delas é a disposição da instituição de informar e de compartilhar fatos sobre ela mesma; um segundo aspecto é o estabelecimento de uma comunicação bidirecional, que se configura em uma via dupla: emissor-receptor e receptor-emissor, ou seja, dentro da direção da instituição e para os públicos, e vice-versa, que permite à instituição adequar melhor seus programas e suas políticas em função da reação provocada neste público por esses processos comunicacionais. A terceira e última condição é a consideração da mensagem e dos tipos de públicos que venham ser atingidos, o que nos conduz a pensar ainda sobre a concepção de uma metalinguagem que articula esta mensagem de maneira clara e eficaz. Deste modo, para que estes quesitos sejam eficientemente atendidos é necessário que exista um planejamento estratégico, que priorize a comunicação em suas ações institucionais.

Com isso, necessitamos pensar sobre os processos nas quais está em jogo a razão comunicacional, cujos dispositivos agenciam as mudanças do mercado e da sociedade (MARTIN-BARBERO, 2008, p. 13), ao mesmo tempo em que, necessita-se pensar a respeito do espaço estratégico que passou a ocupar a comunicação na configuração dos novos modelos de sociedade, vinculando-a ainda aos processos tecnológicos, educacionais, políticos e certamente, sociais. Estes processos de comunicação neste cenário ocorrem a partir

das relações institucionais entre matrizes culturais e lógicas de produção, que podem ser entendidas a partir dos movimentos de socialidade gerados na trama das relações cotidianas, que tecem os homens ao juntarem-se na práxis comunicativa e resulta dos modos e usos coletivos de comunicação, isto é, de interpelação/constituição de atores sociais e de suas relações com o poder (MARTIN-BARBERO, 2008, p. 17).

E neste contexto, a comunicação se processa na medida em que os sujeitos envolvidos mesclam suas experiências a elementos formulados a partir de articulações institucionais, com base em intervenções políticas que tem como função dar mais estabilidade à ordem constituída. É justamente neste palco que a discussão se acentua: primeiramente tratando aqui da especificidade de nosso campo de estudo, e procurando indicar que esta especificidade não é dada (ou não apenas) por um conjunto de objetos do mundo, mas por uma forma de apreendê-los, de tratar deles – por um viés analítico, pela construção de um “olhar” próprio da comunicação (Maia; França *apud* LOPES, 2003, p.197). Este “olhar” é bastante complexo, pois se expressa na vontade de resgatar cientificamente este processo de comunicação na saúde e, nesta perspectiva de reflexão e construção do campo da comunicação tendo como pano de fundo a área da saúde, constatamos a necessidade de estruturar uma linha de investigação epistemológica, que deve ser compreendida como diagnóstico de situação da pesquisa (Maldonado *apud* LOPES, 2003, p. 205).

Em segundo lugar, por tratar deste diagnóstico nos processos que engendram a comunicação em saúde, efetuada a partir da observação atenta da atuação dos atores sociais, o que possibilita o surgimento de novos conceitos a partir das constantes trocas de informações entre eles. Esta interação entre áreas a partir da análise de um objeto comum atravessa todas as divisões possíveis e é a mais fundamental e que se pode ser relacionada a um saber (Martino *apud* LOPES, 2003, p. 85). Com esta lógica em mente, busca-se explicar o papel da comunicação vista como mito nos diversos sistemas político-sociais, como um dos setores da sociedade que se transformam como este olhar diferente sobre a realidade (Ferreira *apud* LOPES, 2003, p. 258), especialmente no contexto da saúde.

Outra base importante deste projeto tange à qualidade no gerenciamento a comunicação institucional. A preocupação com uma gestão democrática e autônoma dos recursos humanos no Sistema Único de Saúde é um movimento que acontece desde o processo redemocratização a partir de 1988, que é reforçada ainda pelas mudanças de paradigmas, impostas pela necessidade de combater desigualdades sociais existentes. Entretanto, “a fragilidade sócio-política neste país não dá possibilidade de se implementar uma efetiva reforma administrativa, o que dá margem às precárias reivindicações por condições melhores de trabalho e vida, em movimentos que expressam, em parte, demandas pela identidade que foram sufocadas ou mal assumidas durante a constituição das nações modernas” (CANCLINI, 2008, p. 197).

Sendo assim, a responsabilidade de dar continuidade nos processos de comunicação institucionais cabe aos colaboradores que se envolvem neste processo, o que de veras, é bastante complexo, dada a rede que se estabelecem a partir desse processamento. Partindo dessa observação, entende-se a pertinência de uma “estruturação de uma gestão estratégica de qualidade” (GARVIN, 1992, p. 33), se seja sensível às necessidades dos autores envolvidos nesse processo, ou seja, partir de

um sistema eficiente que visa integrar esforços para o desenvolvimento, a manutenção e o aperfeiçoamento da qualidade *da comunicação* entre vários grupos numa organização, de forma a permitir marketing, produção, gestão, assistência dentro dos níveis econômicos que possibilitem a satisfação integral do cliente. (FEINGENBAUM, 1994, p. 6).

E é justamente na reelaboração de alternativas possíveis, e não de uma solução objetiva, que se legitima a necessidade de pensar a qualidade do fluxo informacional em direção à coletividade, de maneira que surgem aí novas fontes de identidade, do caráter de responsabilidade coletiva, produto dos novos métodos de trabalho, das novas concepções de

mundo que retomam antigos paradigmas e desafiam as lógicas (MARTIN-BARBERO, 2008, p. 285).

1.2.1. Concepções sobre internalização de informações nos modelos de gestão em saúde

A configuração de um modelo de gestão pode partir do conceito de “estrutura coletiva”. Karl Weick (1973) resgata este conceito, desenvolvido por Allport, o que nos fornece uma visão diferenciada acerca da formação dos grupos. Partindo do raciocínio daquele autor, um grupo se forma no encontro de duas pessoas com uma terceira, e assim sucessivamente, em uma determinada oportunidade, em que pode ocorrer uma “convergência preliminar de interesses”, em que todos podem se beneficiar mutuamente a partir da troca de ideias. Esta troca, referenciado Patrick Charaudeau (2009), pode ser considerada uma “troca linguageira”, por meio da qual o processo do discurso se desdobra, promovendo assim novas sociabilidades. Após esta convergência, passa-se a estabelecer um ciclo contínuo dos comportamentos, que são interligados, compartilhados pelo grupo, no que diz respeito a regras, condutas e estilos.

Esta sinalização que compreende o conceito de estrutura coletiva permite trabalhar questões como a produção e a regularidade com que estes grupos passam a desenvolver suas atividades comuns. Vale esclarecer que estes grupos, organizados em níveis analíticos (indivíduo, grupo, organização, sociedade), são, normalmente, organizados hierarquicamente, possuindo ainda uma diversidade de comportamentos e estilos de atuação.

No que se refere a predicções acerca da produtividade, é necessário que o próprio grupo compreenda sua finalidade, sua motivação, bem como as estruturas em que estão inseridos, e suas inter-relações. Assim, Weick (1973) ainda estabelece um aspecto fundamental sobre as estruturas coletivas, que é, portanto, propriedade básica do grupo: “cada grupo é único e carece de um sentido”. Neste viés, a produção de sentidos é uma condição de existência do grupo, e se estabelece a partir de condições específicas, inserida em um jogo de regulação.

Por um jogo de regulação das práticas sociais, instauradas pelos indivíduos que tentam viver em comunidade e pelos discursos de representação, produzidos para justificar essas mesmas práticas a fim de valorizá-las. Assim, se constroem as convenções e as normas dos comportamentos linguageiros, sem as quais não seria possível a comunicação humana. (CHARAUDEAU, 2009, p.67)

Por meio deste contexto que envolve as práticas sociais, o discurso e suas representações, é que as estruturas institucionais elaboram suas experiências organizacionais; e é por meio do ato comunicativo, mais propriamente, pela relação entre o campo da comunicação e os outros campos do saber, que discurso assume uma posição central e deve ser pensado como “prática discursiva”.

Não podemos confundir com a operação expressiva pela qual o indivíduo formula uma ideia, um desejo, uma imagem; nem com a atividade racional, que pode ser acionada num sistema de interferência; nem com a “competência” de um sujeito falante quando constrói frases gramaticais; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, numa dada época, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 1986, p.136)

A prática discursiva compreende, necessariamente, um efeito de sentido, produzido, e que pode ser definido, segundo Weick (1995, p. 17) a partir das seguintes características:

- a) criar sentido é construir uma identidade;
- b) essa construção é sempre retrospectiva;
- c) realizada num contexto social;
- d) através da ação e do discurso performativos, isto é, capazes de criar ambientes sensíveis ("*enactement*");
- e) a criação de sentido reporta-se a eventos em curso ("*ongoing*");
- f) de onde se extraem sinais ("*extracted cues*"); e
- g) guia-se pela plausibilidade e não pela verdade.

Nesta observação, entende-se que a produção de sentido é um processo de construção de identidades, que se dá em um determinado contexto social, a partir da ação enunciativa de um discurso performativo, capaz de sensibilizar os indivíduos envolvidos neste determinado contexto, de maneira que estes apresentem sinais e impressões sobre suas percepções, de acordo ainda com seu perfil pessoal, que diz respeito à cultura, à ética e a conduta. Este movimento requer uma ação interpretativa da realidade, construída a partir da ação destes atores sociais sobre o sentido que interpretam, e compreende também a ruptura de paradigmas sociais.

No que tange o Sistema Único de Saúde, diversas rupturas com paradigmas tradicionais, são exigidas na medida em que novas visões políticas emergem em determinados contextos sociais. Durante o processo de implementação da Política Nacional de Humanização (2008), observa-se um grande desafio enfrentado pelas instituições de saúde, no sentido de

sensibilizar os profissionais envolvidos nos processos de gestão e atenção hospitalar, priorizando a qualidade de disseminação das informações. Stuart Hall lembra que em meio a um desenvolvimento desordenado, o que importa são as rupturas significativas – em que “velhas correntes de pensamento são rompidas, velhas constelações deslocadas, e elementos novos e velhos são reagrupados ao redor de uma nova gama de premissas e temas” (2009, p.123).

Este rompimento tem a ver com a inovação de pensamentos, por meio de processos complexos, que estabelecem novos padrões de qualidade da informação que circula nas estruturas institucionais. Esses padrões subjacentes que distinguem o complexo das práticas numa sociedade específica em determinado período são “formas de organização” características que embasam a todas as práxis e que, portanto, podem ser traçadas em cada uma delas (HALL, 2009, p. 129). Essas formas de organização são de extrema importância para a que se efetivem os processos comunicacionais de divulgação das informações em torno de um tema ou uma política, como se observa na estruturação da PNH, sob dois aspectos: primeiramente, pelo modo como essa mensagem é recebida; e em segundo lugar, pelo modo como ela é decodificada e, posteriormente, disseminada nos meios de interesse.

O processo de recepção das informações em torno dos Princípios orientadores da Política Nacional de Humanização (2008) é um ponto fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, e é a partir dele que se pode entender as mudanças de comportamento, no caso dos profissionais, e conseqüente construção de uma nova identidade dos profissionais da saúde, inserindo os atores sociais na experiência social que forma uma nova visão.

Este reconhecimento é, na prática, o surgimento de uma nova sensibilidade política, não instrumental nem finalista, aberta tanto à institucionalidade quanto à cotidianidade, à subjetivação dos atores sociais e à multiplicidade de solidariedades que operam simultaneamente em nossa sociedade. (MARTIN-BARBERO, 2008, p.262)

Nesta revolução, a própria PNH atua de modo a “construir novos significados de mudança social no contexto da sociedade em rede” (Castells, 2008). Esta atuação tem a ver com o que Jesús Martin-Barbero define como “redescoberta”,

ou seja, com o novo sentido que esta noção hoje adquire: revalorização das articulações e mediações da sociedade civil, sentido social dos conflitos para além de sua formação e síntese política, reconhecimento de experiências coletivas não enquadradas nas formas partidárias. (2008, p.286)

Por fim, essas mudanças esperadas no comportamento dos profissionais dependem fortemente da concepção das vivências, que tem aqui a missão de transformar e ao mesmo tempo possibilitar esta nova identidade, que por sua vez, devolva o papel protagonista da própria política nacional. Identifica-se assim o papel decisivo da comunicação na reconceitualização da saúde, primeiro pela representação simbólica dos meios de comunicação de massa e segundo, pela forma como estes articulam “a percepção dos problemas e redefinição de sociabilidade, na tentativa de mudar o sentido de convivência social” (MARTIN-BARBERO, 2008, pg. 289).

1.3. Concepções sobre a PNH em seu desdobramento no HUSM

A política Nacional de Humanização (PNH, 2008) tem sua origem nas Políticas de Atenção Básica, e foi instituída em 2003, pelo Ministério da Saúde, como uma proposta radical de mudanças na concretude de fortalecimento do SUS, operacionalizada através do dispositivo da transversalidade, com o objetivo de envolver gestores, profissionais da saúde e usuários, que integrados, passam a articular a participação político-social, reinventando conceitos sobre gestão e assistência em saúde.

A PNH (2008) relaciona os diferentes sujeitos à saúde, por meio de uma valorização individual/singular e modo de atuar coletivo, através das relações de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, com base nos princípios orientadores da autonomia, do protagonismo dos sujeitos, da co-responsabilidade entre eles, estabelecendo um vínculo solidário entre os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos, de modo a incluí-los, através de um movimento social organizado, seja como experiência singular sensível, seja em trabalhos de saúde em grupo, no fomento das redes.

Sobretudo, a PNH (2008) é definida pelo Estado como uma “aposta radical em novos modos de fazer, porque produz novas realidades, que constroem em suas relações novas concepções de sujeitos ativos, a partir da experiência do outros, de modo a reinventar-se constantemente, e instigando o protagonismo social. Em 2003, a PNH foi descentralizada, passando a ser coordenada pelas Secretarias Estaduais de Saúde e a proposta passa ser uma Política de Humanização de Assistência à Saúde (PHAS), que tem como fundamento as especificidades de cada instituição. Assim, a PNH foi ampliada a todos os serviços de saúde, sendo coordenada no Rio Grande do Sul pela Escola de Saúde Pública, que criou a

Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que é uma parceria entre Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a própria Escola de Saúde Pública (RISSI, 2009). Esta especialização pode ser feita apenas por pessoas envolvidas a com a PNH nas instituições de saúde, e, através da educação, desponta como estratégia de potencialização e legitimação desta política no SUS, mas ainda assim questionável pela restrição no que diz respeito ao acesso para profissionais da área da saúde.

Esta mudança repercute no Grupo de Trabalho de Humanização do HUSM, que se consolida, enviando colaboradores para este estudo, criando um espaço físico para reuniões, a construção de um projeto de pesquisa em Humanização para o HUSM, intitulado “A percepção da Humanização no HUSM para usuários e trabalhadores”, que consiste na elaboração e realização de cursos periódicos internos para sensibilização dos profissionais sobre o tema – Curso para Desenvolvimento de Habilidades na a criação da capela ecumênica, da ouvidoria no HUSM, bem como melhorias nos processos de comunicação, utilizando todos os meios disponíveis para recebimento e transmissão de informações. Este projeto também envolveu uma perspectiva do Acolhimento e da Humanização no HUSM (RISSI, 2009).

No HUSM, a PNH vem sendo implementada desde 2000, quando ainda era um Programa de Humanização para hospitais, momento em que foi criado o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que se constitui como um marco histórico, abrindo espaço para os colaboradores pensarem a saúde sob uma ótica que vai além do modelo biomédico. Para as reuniões periódicas realizadas por este grupo de estudo, foram convidados representantes de todos os setores do HUSM, incluindo suas três áreas de atuação (administrativa, enfermagem e clínica), com o intuito de sensibilizar os servidores para participação na formação do GTH (RISSI, 2009). Tais encontros permitem compartilhar experiências que vem sendo vivenciadas e desenvolvidas nos setores de trabalho, bem como a oportunidade de reforçar o conhecimento dos princípios orientadores da então Política Nacional de Humanização (PNH), como passou a ser estabelecida a partir de 2003, e das diretrizes do SUS, fortalecidos pelo princípio da Integralidade⁵, de modo que esta prática permite avaliar a inserção da PNH no contexto hospitalar.

Em 2008, o curso realizou sua 3ª edição, afirmou o GTH como importante dispositivo na formação de um coletivo multiprofissional por adesão, na figura dos profissionais

⁵ O Sistema Único de Saúde opera baseado em princípios orientadores: universalidade, integralidade, equidade.

interessados em discutir serviços e dinâmicas estabelecidas nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários, como refere à PNH. Contudo aqui, ainda é lamentável que diversos profissionais estejam realizando o curso apenas com fins de qualidade na carreira profissional (RISSI, 2009). Para tanto, é imprescindível a institucionalização deste processo, porque aproxima a gestão, corresponsabilizando-a no desenvolvimento das metas pactuadas. Neste contexto, os programas de educação/serviço passaram a ser inseridos como espaço de conhecimento da PNH em todo o HUSM, no sentido de propiciar a desenvolvimento necessário para o disparo de ações significativas de humanização.

No entanto, as dificuldades para viabilizar esta a compreensão desde processo tornaram-se nítidas quando se conseguiu identificar suas profundas interfaces com os processos de comunicação, seja na fragmentação da qualidade da disseminação de informações, seja no comportamento dos diversos profissionais, que se reflete em suas ações cotidianas na rotina deste hospital universitário.

1.4. Gestão Hospitalar

A complexidade da gestão que se processa no âmbito de um hospital envolve, entre outras coisas, estrutura organizacional, readequações no próprio modelo de gestão, e dificuldade de mudança (quebra de paradigmas organizacionais tradicionais) nas concepções comunicativas entre os profissionais. Em se tratando de qualidade em serviços de saúde, o controle de gestão em hospitais é um fator de suma importância, seja para avaliar a eficiência, eficácia e efetividade dos gestores e profissionais de uma organização hospitalar, seja para mensurar o desempenho da própria gestão.

Nesta busca de qualidade, os gestores do SUS convivem, de um lado, com a grande pressão da demanda, que na maioria das vezes, não conseguem responder ao nível dos critérios de eficiência, eficácia e efetividade; por outro, a gestão precária representa vultosos gastos e rombos no orçamento da saúde. Sobretudo, há que se entender a gestão como um processo a ser desenvolvido, que depende, em parte, do papel dos gestores, que por sua vez, não tem parâmetros previamente definidos, e está intimamente ligado às práticas gerenciais inseridas no contexto histórico e social do âmbito onde se desenvolvem, circunscrevendo estratégias, métodos e a forma de agir e pensar do próprio gestor.

A gerência não é um mecanismo atemporal, mas uma relação que se dá em uma organização, onde os diversos atores interagem mediados pelos recursos materiais,

financeiros e tecnológicos, para atingir os objetivos organizacionais e, também, objetivos individuais e de grupos. (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1992, p.20)

Deste modo, entende-se que a eficácia da gestão hospitalar só se produz quando o gestor considera as peculiaridades do panorama que contextualizam as instituições. Para Merhy e Onocko (1997), três dimensões formam campos essenciais ao trabalho de gerência: o campo da política, o campo da organização e o campo dos processos de trabalho. O referido autor entende que o encontro dessas dimensões (política, organizacional e processo de trabalho), colocadas sob a ação de certos dispositivos de intervenção, capazes de atuar nos focos do gerir e do agir podem, como resultante final, pode alterar a lógica do cuidado à saúde e, conseqüentemente, o modelo de atenção, a partir do interior dos serviços de saúde.

É neste contexto que o gestor, enquanto ator social envolvido deve ser perspicaz em diagnosticar crises, avaliar alternativas, desempenhando o papel de um negociador, aberto ao diálogo, incentivando múltiplas interpretações de uma mesma realidade, e promovendo assim a coletivização de ideias, na busca por inovações, por meio de uma inteligente articulação de sua equipe.

Assim, novas posturas de gerenciamento são empregadas a fim de promover efetivas mudanças na rotina da saúde. Por meio da pesquisa, aliada à tecnologia, é que se consegue readequar conceitos na gestão hospitalar em seu entorno competitivo.

Em sua tese intitulada “A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo”, Alzira Jorge sinaliza para uma

perspectiva de trabalhar com a representação dos usuários e profissionais de saúde, num estudo de natureza qualitativa que mostra co quanto pode ser potencializada a análise cujo objetivo é o desvendamento da forma como se produzem as ações de saúde, (...) aspectos baseados nas experiências vivenciadas por esses sujeitos no interior das relações estabelecidas no processo produtivo. Há que se explorar melhor este potencial advindo da incorporação da representação social em futuras investigações, com vistas a uma ampliação do horizonte aberto, a partir das pesquisas qualitativas que utilizam ferramentas analisadoras centradas na análise do processo de trabalho em saúde. (2002, p. 162)

Neste contexto investigativo, a autora serve como referência de indicadores, que permeiam questões importantes na gestão hospitalar, referidas por ela, e que se estruturam aqui como pontos importantes:

- As contratualidades construídas dentro da área hospitalar, em suas falhas e adequações;

- A qualidade da assistência, a fim de estimular as articulações entre sujeitos interrelacionais, sejam eles clientes, fornecedores ou mesmo unidades demandantes/demandas, na busca de novos acordos intra-institucionais;
- Os saberes tecnológicos, especialmente tratado pela autora no contexto dos hospitais universitários, com vistas ao papel estratégico que desempenha no processo de produção em saúde;

Em relação à ênfase dos hospitais universitários, Carapinheiro (1998) afirma que

O serviço do hospital universitário, por deter funções de ensino, pré e pós-graduado, e por assumir, na sua estrutura técnica e social, vocações especializadas com objetivos de pesquisa bem definidos, usufrui de uma autonomia importante face aos objetivos da organização hospitalar, prevendo-se, interna e externamente ao serviço, a necessidade de uma organização e gestão particulares. (p. 156)

Assim, a partir destes três aspectos apresentados em sua tese, Alzira Jorge formula alguns indicadores que podem tornar-se uma base importante para esta pesquisa, no sentido de investigar o desenvolvimento da gestão hospitalar, especialmente ligada à implementação de políticas públicas, ou como a referida autora define o tema da “micropolítica do processo em saúde na área hospitalar” (JORGE, 2002, p.163):

- (i) aprofundar a discussão sobre os sujeitos que operam os saberes/poderes;
- (ii) identificar quem são e a forma como se organizam e contratualizam para a produção do cuidado;
- (iii) quais recursos dispõem para realizar esta contratualização;
- (iv) o que contratualizam;
- (v) como lançam mão de seus saberes tecnológicos;
- (vi) quais projetos colocam em disputa no espaço da organização.

Para a autora, também é importante investigar, sobretudo, quais são os papéis ocupados pelos profissionais de saúde, bem como investigar como se desdobram as relações entre esses profissionais para a garantia da assistência. Certamente esta discussão traz em cena uma reestruturação dos modelos de gestão e assistência para a área hospitalar.

Em uma perspectiva complementar a pesquisa de Alzira Jorge, Almeida (1999) fala do conceito do “pluralismo estruturado” como a versão tropical da competição administrada, em que a Colômbia interpretada como o “laboratório” onde está sendo testado o modelo do pluralismo estruturado para a América Latina. Esta autora em outro trabalho aponta alguns

indicadores gerais que sinalizam “... a direção dos impulsos reformistas, que se consolidou nos anos 80 e já começou a dar frutos nos 90:

- A longa crise (de custos e de qualidade) dos sistemas de serviços de assistência médica é uma realidade indiscutível em praticamente todos os países e a reestruturação está em pleno curso, centrada fundamentalmente na contenção de custos, no controle de demanda e na co-responsabilidade da população pelo seu financiamento, através de pagamentos e contribuições específicas, tickets moderadores ou privatização sumária;
- Prega-se o redimensionamento do papel do Estado e a introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos entre prestadores, como promotores da eficiência e de maior efetividade;
- Surgem novos modelos gerenciais e de organização dos serviços de saúde, e reatualizam-se as propostas de atenção primária e/ou comunitária e/ou prestada pelas organizações não-governamentais, como forma de reduzir o gasto hospitalar.

Tais teorias organizam-se como formas de “medir” mudanças no contexto da gestão hospitalar, a partir de critérios históricos, sociais, políticos e culturais, a fim de promover uma intervenção que um impacto sobre o próprio tema da gestão hospitalar, pois, conforme afirma Merhy (1998):

(...) todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos. (p.117)

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa é caracterizada, quanto à sua natureza, como um estudo de caso, de abordagem quali-quantitativa, que compreende um estudo de campo. Quanto à sua técnica, caracteriza-se por um estudo de grupo focal (*focus group*), que pretende investigar variáveis como internalização, assimilação, comprometimento e qualidade por parte do Grupo de Trabalho de Humanização do HUSM, no processo de implementação da Política Nacional de Humanização.

2.1. Objeto Empírico: Hospital Universitário de Santa Maria

O Hospital Universitário de Santa Maria apresenta-se como um hospital-escola, integrante da Universidade Federal de Santa Maria. Desde sua fundação em 1970, o HUSM é referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul, e atua com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde (HUSM, 2011)⁶.

O HUSM dispõe de diversas equipes, de acordo com as 141 especialidades e sub-especialidades de atendimento à demanda expressiva deste hospital, composta por um número significativo de docentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odonto-estomatologia, bem como funcionários em nível de apoio médio e superior, funcionários de serviços terceirizados e alunos-estagiários de graduação da UFSM, estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos. São diagnosticadas e tratadas diversas formas de procedimentos em saúde, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados.

Outro fator que ressalta a importância do HUSM é o fato de ser um dos únicos hospitais da região centro que atende exclusivamente pelo SUS. São prestados diversos serviços especializados e de ponta de mercado, o que faz com que a demanda seja superior a sua capacidade física e pessoal. Por isso, o Hospital Universitário precisa se adequar

⁶ ACESSO NO SITE www.husm.ufsm.br, EM 20/04/2011.

constantemente a estas situações, para continuar prestando seus serviços com a mesma competência e qualidade já conhecidas pela comunidade nestes mais 30 anos de atuação (HUSM, 2011)⁷.

2.2. Percurso metodológico

Este trabalho está organizado em três fases de realização, que compreendem do levantamento teórico à execução/análise dos questionários aplicados em grupo focal, sendo este um case do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Universitário de Santa Maria.

1ª FASE: Foi realizada uma rigorosa pesquisa bibliográfica, orientada pela temática que envolve as políticas públicas e as estruturas de comunicação, a partir de alguns conceitos de autores como Gramsci, Etzioni, Habermas, Martín-Barbero, dentre outros. Foi formalizada, ainda nesta fase, a metodologia desta pesquisa, enquanto sua natureza (estudo de caso) e técnica (grupo focal), bem como foi formulado o questionário de aplicabilidade, de acordo com critérios de análise de discurso (CHARAUDEAU, 2009).

2ª FASE: Esta pesquisa foi realizada no HUSM, especialmente tratando do Grupo de Trabalho de Humanização, envolvido com a PNH no HUSM, organizado em dois níveis de atenção: assistência e administração. Os cenários específicos de investigação nestes níveis corresponderam aos locais e momentos de atuação da amostra específica. Os sujeitos alvo de investigação desta pesquisa foram os profissionais que atuam ou atuaram no processo de educação permanente relativo à implementação da PNH no HUSM. Como amostras, foram escolhidas pessoas dos segmentos administrativo, de enfermagem e clínico, considerando a tabela de nomes relacionados no item II do apêndice I.

Desse modo têm-se como critérios de participação na presente pesquisa: ser profissional do HUSM, e, ter atuado, ou, estar atuando no GTH do HUSM, no período referente a essa pesquisa, e, aceitar o convite para participar da mesma. Como critério de exclusão: não estar atuando, por quaisquer razões, no período da pesquisa e a não aceitação do convite.

⁷ ACESSO NO SITE www.husm.ufsm.br, EM 20/04/2011.

3ª FASE: Desenvolveu-se, orientado por Charaudeau (2009), a técnica voltada para análise de discurso sobre o material das entrevistas. Segundo o autor, a proposta deste tipo de análise insere-se em um contexto humanista e multidimensional de compreensão da realidade social. Charaudeau (2009) esforça-se para constituir uma estratégia operacional de análise dos discursos capaz de contemplar, de modo integrado, as múltiplas dimensões envolvidas num ato de linguagem. Embora ele chegue a estabelecer proposições gerais sobre o modo de articulação entre vários planos da realidade social, toda sua teorização é desenvolvida a serviço de um modelo alternativo de análise empírica do discurso que ele pretende inaugurar.

Neste sentido, esta fase compreendeu o processamento das entrevistas e questionamentos no grupo focal, bem como a análise sistemática do material coletado para definições conclusivas e posterior divulgação de dados.

2.3. Natureza da Pesquisa

Este estudo caracteriza-se, quanto aos seus **objetivos**, como uma pesquisa exploratório-descritiva, com **abordagem** quali-quantitativa, por viabilizar objetivos que necessitam de uma aproximação da realidade vivenciada pelos profissionais em saúde comprometidos com a proposta de humanização, com vistas a gerar alternativas e propostas para a melhoria da qualidade da disseminação das informações em torno dos Princípios Orientadores da Política Nacional de Humanização e internalização/comprometimento dos profissionais envolvidos nos processos de gestão e atenção hospitalar, que realizaram a Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Segundo Neves (1996), faz parte dessa abordagem à obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Desse modo, quanto às **fontes de informação**, classifica-se como uma pesquisa de campo.

Esta pesquisa caracteriza-se essencialmente como um estudo de caso, que, segundo Yin (2005, p.21), situa-se “como estratégia de pesquisa, utilizando-se em muitas situações, para contribuir como conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados”. Assim, o estudo de caso pode estabelecer critérios para desenvolver e realizar uma pesquisa, a partir de “três propósitos: exploratório, descritivo e explanatório” (YIN, 2005, p. 23).

Neste viés, um estudo de caso leva em conta, como forma de pesquisa, questionamentos sobre “como e por que”, e não exibe um controle rígido sobre eventos comportamentais, focalizando, sobretudo, os acontecimentos contemporâneos:

O estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso conta com muitas técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas. (YIN, 2005, p.26).

O estudo de caso enquadra-se nesta pesquisa, como elemento diferenciador, pois proporciona à própria pesquisa condições teóricas e empíricas, e permite um “experimento social” (YIN, 2005), no sentido de investigar grupos, de maneira a fornecer-lhes subsídios e alternativas, contribuindo para um desenvolvimento social no grupo em questão. Assume assim, posição de estratégia formal de pesquisa, por meio de uma investigação empírica que:

- Investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando
- Os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (YIN, 2005, p. 32).

Deste modo, a investigação deste estudo enfrenta uma situação tecnicamente única, como variáveis de interesse, a partir de fontes e evidências, que se beneficiam previamente de um embasamento teórico. Kathleen Eisenhardt (1989), em seu ensaio sobre a “teoria de construção de um estudo de caso” (Building Theories from Case Study Research), evidencia a combinação de uma revisão de literatura, um certo bom senso e experiência, na observação da realidade empírica em que reside um estudo de caso. A autora salienta ainda que um estudo de caso exige um tratamento estratégico a partir da escolha das dimensões a serem investigadas pelo pesquisador, por meio de um “tipo de justaposição”(EISENHARDT, 1989, p. 546) de dados, medidas e definições, que balizam o processo de construção do estudo em questão, “envolve elementos de visualização de diversas perspectivas” (EISENHARDT, 1989, p. 546). Este processo, que valida empiricamente a pesquisa, envolve uma “construção refinada de hipóteses” (sharpening of constructs) (EISENHARDT, 1989, 541), processada em duas partes: a primeira compreende o refinamento da definição da construção do caso; a segunda diz respeito a construção evidente nos critérios de cada caso. Por razões táticas, para a referida autora, este processo envolve a separação entre análise qualitativa e quantitativa dos dados para o estudo. Neste aspecto, em especial “os dados qualitativos são

particularmente usados para entender porque (ou não) as relações emergem e se processam” (the qualitative data are particularly useful for understanding why or why not emergent relationships hold) (EISENHARDT, 1989, p.542).

2.4. Técnicas da Pesquisa

Quanto aos **procedimentos técnicos**, caracteriza-se como pesquisa focus ou grupo focal. Primeiramente é necessário entender o conceito de grupo. Pichon-Rivière (1991, p.177) define grupo como “um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, o que constitui sua finalidade”. Entre as teorias consultadas, elegeu-se o enfoque sobre o Grupo Operativo de Pichon-Rivière, pois se entende que o mesmo contempla e, mais apropriadamente, subsidia a leitura do arcabouço teórico que norteia a operacionalização da Técnica de Grupo Focal.

Para Westphal, Bógus e Faria (1996, p.473) “grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais (...) diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico.” Ainda de acordo com a ótica dos autores, é necessário apreender pressupostos norteadores contidos nas perguntas, palavras-chaves, que vão fundamentar a percepção das generalidades e especificidades de cada componente do grupo. Há que se desenvolver uma postura de questionamento entre o pesquisador e o grupo pesquisado, para sustentar a dinâmica e a própria compreensão do que consiste o grupo focal. Neste ponto, apresentam-se aspectos psicossociológicos e culturais do grupo, de modo a adequar a técnica ao grupo operativo, num determinado contexto, a fim de procurar desvendar caracteres “implícitos e explícitos do próprio grupo” (GAYOTTO; DOMINGUES, 1995, p.30). Assim, o grupo torna-se operativo, iniciando as ações do método, a partir da integração do próprio grupo entre si, com o pesquisador, bem como com a temática abordada, a partir do traço de um objetivo comum, que será trabalhado em equipe.

Incluídos os sujeitos intencionalmente na pesquisa, percebe-se que trata de um grupo heterogêneo, é preciso estabelecer um esquema norteador e sistemático para o debate das questões do grupo focal, organizado a partir de um questionário semi-estruturado, prezando pela qualidade da aplicação durante o encontro do grupo focal (no caso, o GTH). É importante trabalhar ainda a individualidade de cada membro do grupo, pois, para Pichon-

Rivière (1991, p.174), “o sujeito não é só um sujeito relacionado, é um sujeito produzido em uma práxis”, o que evidencia uma dialética existente na técnica do grupo focal, que é transposta a partir da vinculação dos sujeitos em um determinado contexto.

Assim, na composição do grupo, “deve-se levar em conta que os integrantes tenham, entre si, pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto” (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p.473). Para tanto, é preciso esclarecer previamente o grupo sobre o tema a ser abordado, constituindo com isso o objetivo central para o estudo, levando em consideração critérios (DALL’AGNOL, 1999, p.12) como:

- Classe social
- Ciclo temporal
- Usuários ou não usuários
- Nível de experiência
- Idade e estado civil
- Diferenças culturais
- Sexo

Inicialmente, foi utilizada como técnica de coleta de dados **a aplicação do questionário**⁸ para o grupo formado pelos **12 profissionais que pertencem ao GTH**. O emprego de mais de uma fonte de coleta de dados se dá pela necessidade de cruzar informações no sentido de melhor subsidiar o processo de investigação. Este procedimento é denominado triangulação, que segundo Dias (2000), é o emprego de métodos diferentes de coleta dos mesmos dados e comparação dos resultados.

O levantamento de dados para a pesquisa, nas três modalidades de coleta, se dá a partir dos seguintes temas norteadores:

- Nível de compreensão dos profissionais qualificados sobre a PNH e seus princípios norteadores;
- Dificuldades e facilidades na viabilização da disseminação das informações sobre PNH no cotidiano dos processos de gestão e atenção hospitalar, na perspectiva de implementação de novos desenhos organizacionais;
- Tipo de metodologias utilizadas para divulgar as informações sobre a PNH;
- Identificação de impactos no comportamento e identidade desses profissionais decorrente das informações internalizadas pelos sujeitos envolvidos com a PNH.

⁸ Modelo conforme APÊNDICE I

Esta pesquisa contemplará ainda, em um segundo momento, a **compilação e análise de questionários**, orientada por diretrizes da PNH e variáveis elencadas pela pesquisadora. Esta análise é direcionada sob dois aspectos: a análise das validades convergente – grau em que um dado fator se correlaciona positivamente com as outras, sendo identificada como monológica, pois propõe a aderência entre os resultados obtidos com o previsto no referencial teórico, de acordo com Hair Jr. et al. (1998). E uma análise sociológica, que prevê no grupo focal uma sondagem de opinião (MINAYO, 2010), com o objetivo de partir da abordagem de um questionário estruturado para respostas condicionadas à investigação da pesquisadora durante o processo de aplicação dos questionários. Desse modo, serão fornecidos questionários previamente elaborados, de acordo com orientação, para cada profissional integrante da amostra selecionada, para que respondam objetivamente, durante um período pré-estabelecido do processo.

Após a compilação dos dados oriundos da avaliação criteriosa dos questionários, foi realizado o **grupo focal**, que deve reunir, em **uma sessão**, os **12 integrantes da pesquisa**, para discussão de dados gerais obtidos com a compilação dos dados a partir dos questionários anteriormente aplicados, organizados em itens elencados, que serão postos em pauta, em um ambiente de privacidade, assegurando o pleno sigilo, a privacidade a confidencialidade, e o conforto para todos participantes, situando-os em sua ambiência profissional, visando ainda promover a interação e o contato entre todos.

Ainda segundo Dall’Agnol et Al. (1999, p. 14), a seção deve orientar-se pelos seguintes passos:

- Abertura da sessão: boas vindas, apresentação da pesquisadora e informações acerca dos objetivos e finalidades da Pesquisa e da Técnica de Pesquisa;
- Apresentação dos participantes entre si: descontração;
- Esclarecimento sobre a dinâmica de discussões (debate) Estabelecimento do *setting* conferindo pelo questionário, com destaque para os aspectos éticos;
- Debate: concentração no guia de temas;
- Síntese dos momentos anterior e encerramento da sessão: acertos e combinações finais para o(s) próximo(s) encontro(s);
- Agradecimentos.

Ainda neste aspecto, o pesquisador assume o papel momentâneo de coordenador ou moderador do grupo, fornecendo informações sobre o tema, esclarecendo dúvidas, objetivo e

finalidade da pesquisa, bem como propondo um debate a cerca do assunto, a partir do guia-tema estabelecido no questionário orientador. Também em seu papel de observador, o pesquisador pode inserir-se ou não no grupo, participando e contribuindo com ele, por meio de seu parecer sobre o desdobramento da temática naquele contexto. De acordo com a classificação de Debus (1997), é preferencial que as **técnicas de moderação** sejam não-diretivas, ou seja, a partir da utilização de perguntas abertas, mas prezando pela mínima interferência do moderador; também o **estilo do grupo**, de acordo com a autora, deve ser semi-estruturado, de modo que este deve participar da pesquisa de um modo livre e previamente informado, na oportunidade do contato por ocasião da reunião do grupo focal.

Vale esclarecer que não serão necessárias imagens gravadas em vídeo dos participantes. Contudo, haverá gravação em áudio durante o grupo focal, que também será mantida em sigilo durante mesmo o prazo estabelecido no termo de confidencialidade⁹ para os questionários. A autorização para esta gravação também está esclarecida no termo de consentimento livre e esclarecido¹⁰. Este retorno para o grupo com dados obtidos através da aplicação dos questionários, no formato de grupo focal, do ponto de vista dos pesquisadores, confere a pesquisa um caráter mais humano e contributivo para o trabalho em humanização, realizado pelo GTH no HUSM, no sentido de realmente estar contribuindo positivamente para a melhor visualização do alicerce do grupo, em aspectos positivos e negativos, e a partir deste ponto, administrar e otimizar melhor e mais efetivamente a qualidade de atuação deste grupo.

2.4.1. Análise e interpretação dos dados

A fim de facilitar a análise dos dados e correlação entres as diferentes fontes de informação será utilizada a técnica de análise de conteúdo temático (BARDIN, 2004). A opção por esse método de análise justifica-se pela possibilidade de agrupar, sistematizar, explicitar e correlacionar elementos que respondam às questões de pesquisa. De acordo com Leopardi (2001) a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Visam obter do teor das

⁹ Conforme APÊNDICE III

¹⁰ Conforme APÊNDICE II

mensagens, indicadores (quantitativos e qualitativos) que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (BARDIN, 2004).

Segundo Leopardi (2001), o pesquisador deve estar hábil a realizar: pré-análise (organização dos dados, leitura inicial de todo o conteúdo, determinação de critérios); análise (codificação, categorização e quantificação); tratamento do material, inferência e interpretação (determinação dos temas e sub-temas) e categorização (pode ser por categoria temática, verbos e adjetivos, ordenamento interno da frase ou por certas características ou problemas de linguagem).

Assim, de forma mais sistemática, a análise dos dados transcorrerá da seguinte forma:

- Transcrição dos dados relevantes da pesquisa;
- Leitura inicial, familiarização do conteúdo – registros, situações problemas e outros, (pré-análise);
- Sistematização das informações obtidas no exercício anterior a partir da listagem ou agrupamento dos aspectos centrais, tendo como referência os principais temas norteadores da pesquisa;
- Análise, discussão e interpretação dos dados, com suporte teórico.

2.4.2. Aspectos éticos

Alguns cuidados éticos são indispensáveis quando se trata de pesquisa que envolva seres humanos, como é o caso deste estudo. Neste sentido, inicialmente foi realizado contato com a Direção de Executiva do HUSM, esclarecendo sobre a pesquisa proposta de trabalho. Após a aprovação da pesquisa pelos órgãos responsáveis, foi iniciado o processo de coleta de dados.

Para a realização de cada etapa desta pesquisa (aplicação de questionários, compilação de dados dos questionários, grupo focal com gravação de áudio), serão previamente utilizados os termos de consentimento livre e esclarecido, bem como de confidencialidade na pesquisa, em que o participante autoriza sua participação na pesquisa e a pesquisadora se compromete em preservar a privacidade dos indivíduos e dos dados coletados, respectivamente. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa serão preservados e explicitados.

Ressalta-se ainda que os dados referentes a essa pesquisa sejam armazenados por um período de cinco anos e, após, serão destruídos.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Esta pesquisa caracteriza-se, sobretudo, como uma pesquisa de caráter social, no qual Kerlinger (1980) esclarece o um processo de conhecimento do mundo, que é afetado, distorcido, pelas pré-disposições dos observadores, em suas inferências,

[...] quando o cientista físico lida com pesos, por exemplo, há uma baixa probabilidade de distorção: existem pequenas oportunidades para pontos de vista pessoais, inclinações e pré-noções entrarem no processo. Mas considerem-se as possibilidades de distorção no estudo e mensuração de autoritarismo, dogmatismo, inteligência, nível de aspiração, realização, classe social, ansiedade e criatividade (KERLINGER, 1980, p.10).

Contudo, percebe-se que as inclinações da pesquisa social e qualitativa elucidada neste trabalho compreendem recortes da realidade da gestão hospitalar, especialmente aqui tratadas no contexto da implementação da PNH. Utiliza-se, para tanto, *cases* de outras instituições hospitalares, a fim de sustentar o caso suscitado por esta pesquisa, que é, portanto, enriquecido a partir de três exemplos, que por sua vez, oferecem uma orientação sobre o impacto da gestão hospitalar na construção de mudanças. No caso do HUSM, esta nova ótica mais humanista da realidade social diz respeito, primeiramente, à internalização, assimilação e comprometimento dos atores envolvidos no contexto, para que, a partir da superação de diferenças e do pensamento enquanto coletividade, possa se pensar em uma efetiva transformação social.

Em um *case* de gestão de qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (KLÜCK et Al., 2002), observa-se a preocupação “em avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada, para entender e melhorar a atuação, considerando a cultura organizacional, o contexto social, o perfil da instituição e de seus usuários e o envolvimento do quadro funcional neste processo” (KLÜCK et Al., 2002, p. 28). Assim, o HCPA foi avaliado a partir de indicadores, traduzidos em critérios operacionais, parâmetros fundamentados nas noções de eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (KLÜCK et Al., 2002, p. 29).

Outro *case* interessante que envolve a questão do controle de gestão em organizações hospitalares trata do processo de Acreditação Hospitalar e do monitoramento de indicadores definidos no Programa de Fortalecimento e Melhora da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

(Pro-Hosp), envolvendo um estudo de caso de três hospitais da Região de Minas Gerais (SOUZA et Al., 2009). Este trabalho descreve também as dificuldades na formação da força de trabalho, na estrutura organizacional e no efetivo gerenciamento hospitalar, elencando algumas áreas temáticas para avaliação de desempenho: gestão, processos, resultados, relação como os usuários e a comunidade, e estrutura (SOUZA et Al, 2009, p.21). É interessante observar que um dos três hospitais que fazem parte da pesquisa é um hospital universitário, em que, segundo a análise dos resultados apresentada, apresenta um controle de variações orçamentárias incipiente, bem como controle de estrutura (manutenção, controle de estoque, etc), avaliação de metas para serviços assistenciais, administrativos e logísticos classificados como incipientes (SOUZA et Al., 2009, p.26). Esta visível precarização do SUS, especialmente tratando de hospitais universitários, evidencia as dificuldades gerenciais que subsidiam os processos de informação, monitoramento e avaliação de resultados, caracterizando a gestão dos HUs, de um modo geral, como incipiente, em se tratando de níveis de qualidade.

Um último estudo importante, que aborda as questões de gerenciamento na saúde, avalia o panorama da saúde em Belo Horizonte, especialmente as questões ligadas à assistência. O case “integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado” (FRANCO, 2004) destaca a importância da assistência multiprofissional em sua diversidade de atores sociais, promovida ainda com o acesso às tecnologias necessárias à assistência (FRANCO, 2004, p.6). Para a efetivação deste processo, segundo o estudo organizado por Franco (2004), é necessário um acordo assistencial que garanta: (a) disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado; (b) fluxos assistenciais centrados no usuário; (c) instrumentos que garantam a referência segura aos diversos níveis de complexidade de atenção; (d) garantia de contra-referência; (e) análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos; (f) gestão colegiada e (g) busca de garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva.

Em todos esses exemplos ilustrados, observam-se pontos-comuns ligados à questão da qualidade da gestão hospitalar, especialmente, no que se refere aos caminhos perpassados pela comunicação, em sua importância enquanto elemento-chave de conexão e desenvolvimento de políticas mais democráticas e efetivas. Assim, ao se observar os seguintes resultados provenientes desta pesquisa, chega-se a um lugar comum, a partir do qual se fazem pertinentes algumas notáveis conclusões.

Os resultados iniciais desta pesquisa, observados aqui como os mais expressivos, referem-se aos dados obtidos a partir da leitura e arranjo das informações contidas nos questionários aplicados. Sobre o perfil dos entrevistados, salienta-se que todas são mulheres, num total de 12 participantes, que colaboraram voluntariamente com esta pesquisa, conforme o correto preenchimento dos termos¹¹ em anexo, com idade entre 40 e 64 anos, sendo todas profissionais concursadas de nível superior (2 médicas, 3 enfermeiras, 3 assistentes de administração, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 ouvidora e 1 secretária executiva), com mais de 10 anos de serviço na instituição e um envolvimento com o Grupo de Humanização que varia entre 8 meses (para duas participantes) e 10 anos (para 10 participantes).

Sobre o item **assimilação e internalização**, que consta no **Bloco 2** do questionário, percebeu-se o seguinte entendimento sobre determinados pontos:

- Todas as participantes tem um claro entendimento sobre a PNH, e destacam, dentre outros aspectos, sua importância no atendimento de demandas e subjetividades no cotidiano de um HU;
- Sobre como tomaram conhecimento da existência da PNH, 5 declaram que foi pelos colegas, outras 5 por curso, 1 por convite e 1 por internet;
- Sobre o nível de conhecimento em relação à PNH, a maioria entende que tem um conhecimento razoável, de modo que 10 participantes se colocam na variação entre 4 e 7 (escala 1 2 3 4 5 6 7), e destacam a importância da PNH em suas trajetórias, no sentido de aprender e aplicar; mas, em sua maioria, entendem que é necessária uma maior leitura, melhor disponibilidade para a participação no grupo, a fim de que se possa ter uma reflexão constante, um contato mais efetivo a partir de uma prática teórica anterior à PNH de rotina;
- Todas as participantes entendem como importante a PNH para os profissionais do HUSM, com variáveis de interpretação que oscilam, em suas justificativas, entre “o papel de todos para este programa nacional” e “a atenção integral em humanizar, tratar, mudar e conseguir atingir metas e objetivos”; Contudo, 10 participantes consideram que grande parte dos profissionais do HUSM não tem conhecimento sobre a PNH, e entendem como falta de interesse, participação, mobilização sensibilização e mesmo divulgação;

¹¹ Consultar apêndices II e III, sobre Termo de Livre Consentimento Esclarecido e Termo de Confidencialidade, respectivamente. Ainda no apêndice I consta o questionário previamente aplicado.

- Com implementação há mais de 5 anos no HUSM, as participantes percebem a relação entre o GTH e a PNH como instrumental de proximidade, de modo que é por meio do GTH que a PNH se operacionaliza e estabelece seus valores no HUSM; mas, uma participante entende que ainda falta clareza nesta relação.

A cerca do ponto **comprometimento e co-responsabilidade**, abordado no **Bloco 3** do questionário, foram obtidas as seguintes colocações:

- 9 das 12 participantes consideram que aplicam muito a PNH em seu cotidiano no hospital (com variação entre 5 e 7, na escala 1 2 3 4 5 6 7) e interpretam que a PNH serve como ponto de apoio, reflexão e melhoria em suas rotinas; por outro lado, algumas participantes colocam que existe uma falta de clareza nas políticas hospitalares, bem como os entraves burocráticos e a falta de conhecimento suficiente;
- Evidentemente, todas as participantes entendem que a PNH colabora para o desempenho de todo profissional em saúde, e interpretam esta condição como uma nova forma de produção em saúde, que potencializa o comprometimento, norteia atitudes e dá um melhor instrumental para àqueles que fazem uso das diretrizes da PNH no exercício profissional;
- Sobre o estabelecimento da PNH por área no HUSM, considerando como área as esferas administrativa, clínica e de enfermagem, a maioria não soube responder, de modo que 3 entendem que não sabem, 1 entende que não se concretizou e 1 respondeu que a PNH não está estabelecida em nenhuma área. Entretanto, 4 participantes entendem que a PNH está melhor estabelecida na enfermagem, e 3 afirmam na área administrativa; tacitamente, todas entendem que a PNH não tem significativo estabelecimento na área clínica, de maneira que nenhuma assinalou esta opção.

O **bloco 4** do questionário trata dos itens **qualidade e protagonismo** no HUSM a partir do entendimento da PNH. Como resultado para estes aspectos, tem-se os seguintes pontos de colocação:

- Todas as participantes entendem que a PNH faz parte do planejamento estratégico do HUSM, e interpretam-na como uma ferramenta, uma necessidade ou

obrigatoriedade por legislação, e salientam ainda a falta de condições para seu pleno estabelecimento;

- Em relação às ações propostas pelo GTH e aceitas no HUSM, observa-se que todas as propostas foram aceitas, de modo que a ação mais lembrada pelas participantes foi a construção da capela (ou espaço ecumênico de orações), seguida da sala de acolhimento no Pronto Atendimento do HUSM, bem como outros itens como curso de sensibilização sobre a PNH, implementação da ouvidoria, ações festivas em homenagem a datas como “dia dos pais”, “dia das mães”, “dia do funcionário público”, dentre outras;
- Em relação ao caminho das propostas/ações do GTH para o HUSM, a maioria das participantes (7) entende que devem ser levadas aos gestores, e mencionam as direções de área do hospital. Contudo, algumas participantes pensam que o GTH não possui força para tais ações, e outras ainda entendem que este caminho está em processo de construção;
- Sobre a implementação da PNH no HUSM, a maioria das participantes (8) considera entre 3 e 5 (em uma escala de 1 a 7), e percebem que este processo sofre com as mudanças de gestão (eleições para diretor de 4 em 4 anos), bem como com a falta de priorização da PNH no HUSM ou a falta da devida base conceitual sobre a PNH entre o grupo e a direção;
- A cerca do estabelecimento no HUSM dos princípios norteadores da PNH, que fundamentam as diretrizes de autonomia, responsabilidade protagonismo, a maioria das participantes (9) percebe entre 3 e 5 (na escala de 1 a 7), e interpretam este panorama a partir das dificuldades de mudança de comportamento dos colaboradores, considerando que não tem base suficiente de apropriação e devem buscar conhecimento, informação para melhorar o nível de avanço na prática, constituindo assim um processo e construção mais viável, através de uma pactuação coletiva;
- Sobre a atribuição do estágio da PNH no HUSM, grande parte das participantes atribui a todos os profissionais do HUSM, interpretando como a produção de novas posturas em saúde, que, através de uma contribuição direta ou indireta, somam uma força significativa no contexto do hospital.

O **Bloco 5** do questionário abordou entre as participantes o item **comunicação**. Assim, obteve-se os seguintes resultados:

- A comunicação sobre a PNH no HUSM é trabalhada pelo GTH essencialmente por meio de internet, cartazes, reuniões e folhetos. Algumas participantes destacam também a produção de banners informativos e uma participante entende não saber como é trabalhada esta comunicação;
- Sobre a divulgação de ações do GTH internamente no HUSM, a maioria das participantes (8) entende que esta divulgação é feita parcialmente e que a informação circula mais periodicamente no HUSM (em uma escala que varia entre constantemente, periodicamente e mensalmente);
- Sobre a estrutura de comunicação (meios/veículos) do GTH no HUSM, a maioria entende como precária, apontando uma variação expressiva entre 1 e 4, e entendem a necessidade de divulgar mais; por outro lado, percebem as dificuldades no acesso às informações sobre o grupo, e também é mencionada, mais uma vez, a falta de interesse do público interno em geral do HUSM para com o grupo, que encontra-se em processo de fortalecimento;
- Sobre possíveis propostas externas (procedentes de pacientes, familiares, outras organizações e/ou instituições), o grupo entende que é possível este relacionamento, pois, trata-se de um grupo aberto. Contudo, esta relação é pouco estabelecida.

3.1. GRUPO FOCAL

A partir da compilação dos dados referentes a aplicação/resposta/retorno dos questionários, foi realizada a compilação dos dados, e o posterior retorno para o grupo com estes resultados preliminares, na forma de grupo focal. Este momento foi realizado na sala de reuniões da Direção Geral do HUSM, no dia 29 de julho de 2011, às 10horas, com a participação de 7 das 12 participantes que responderam ao questionário. Com duração de 1h30min, este encontro foi previamente agendado e comunicado (em data, hora e local) para todas as participantes, mas, por motivos exteriores, algumas não puderam comparecer. Contudo, as atuais diretoras de Enfermagem e de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM participaram do grupo, interagindo com as demais participantes às colocações da pesquisadora.

Sobre os aspectos apontados sobre o **Bloco 2** do questionário, que compete a assimilação e a internalização, as participantes do grupo destacaram a necessidade de revitalização dos estudos sobre a PNH para o posterior fortalecimento do grupo, a fim de que possa, efetivamente, promover uma significativa mudança comportamental e elevar os níveis de conhecimento e humanidades entre os sujeitos atuantes, definindo ainda as relações de identidade entre o GTH e a PNH.

Sobre os tópicos divulgados para o grupo sobre o **Bloco 3**, em que foram trabalhados os itens comprometimento e co-responsabilidade, as participantes destacaram os problemas burocráticos enfrentados no processo de realização das ações, como, por exemplo, falta de material e tempo excessivo para implementação. Entendem também que o grau de envolvimento depende da relação persistência/motivação, e para isso, é necessária uma contrapartida institucional. Para todas, é evidente a falta de institucionalização da PNH no HUSM, inclusive, no sentido de estratégias em comunicação, de maneira que a política funciona sob o ponto de obrigação, pois, sem ela, outros interesses ficariam prejudicados. Contudo, é o momento de se repensar este suporte político, enquanto linha estratégica em objetivos, metas e ações, e, sobretudo, planejar na medida do exequível.

A respeito dos dados apresentados sobre o **Bloco 4**, que aborda a qualidade e o protagonismo, as participantes entendem que é preciso mais visibilidade sobre as ações do GTH já contempladas no HUSM, e para isso, é preciso um suporte profissional maior, ou seja, o envolvimento de todos os sujeitos, que, em sua maioria, confundem a interpretação do acontecimento da PNH nas instituições. Segundo uma das participantes, a real finalidade da PNH é permear as ações de todos os atores sociais envolvidos no contexto hospitalar. É necessário ainda, para o grupo, ter um cuidado em formular ações não muito amplas, que considerem metas exequíveis, articuladas ainda a partir de um investimento significativo em comunicação. Para esta articulação, é preciso identificar a missão do GTH, a partir de condutas mais humanizadas, independentes das gestões que assumissem o HUSM ou qualquer outro ponto elencado como obstáculo pelo próprio grupo. Neste sentido, destacam ainda a relação entre o HUSM e a Universidade Federal de Santa Maria, como um órgão de frente para a mesma. Outro fator importante, relacionado à constituição do grupo, a ser levado em consideração, diz respeito à enorme gama de atividades paralelas que as componentes do GTH desempenham dentro do hospital, de modo que a PNH é “mais uma” atividade a ser desenvolvida, e, por vezes, fica pormenorizada.

Sobre o último **Bloco (5)**, que trata da comunicação, as participantes fazem referência ao baixo trabalho da informação sobre a PNH no HUSM, de maneira que o usuário é incluído, mas pouco ouvido. O trabalho em comunicação deveria ser semanal, e mais presente, inclusive na estrutura da *homepage* do HUSM¹², através da criação de um *link* visível no *site* para o GTH. Sobretudo, as participantes consideram que deve haver um alinhamento social na instituição, para que se operem mudanças mais significativas, a partir de uma maior transversalidade na comunicação interna, entre chefias e chefiados. Observa-se ainda que todas as chefias realizam o curso de humanização, mas nem todas aplicam ou elevam à condição de conduta/postura profissional em sua atuação setorial e conjunta. Para além da superestrutura que é o HUSM, é preciso, por meio da comunicação, haver um acerto interno no grupo, em que a vontade pessoal supere diferenças, crie vínculos, resgate ex-integrantes, adéqüe papéis para cada componente do GTH, e promovam assim, uma maior consciência, e conseqüente participação, sobre a PNH, dentro e fora do HUSM. Mas, somente por meio de um investimento mais pesado em comunicação, interna e externa ao grupo, em que o próprio GTH possa organizar seu planejamento estratégico, comprometendo a assiduidade, especialmente daqueles que tem formalizada sua participação no regimento/portaria que estipula a PNH no HUSM, é que se poderá vislumbrar um cenário mais adequado sobre esta importante política, em reflexos e impactos mais reais dentro da complexa instituição que é o HUSM.

¹² Homepege: www.husm.ufsm.br

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanidade, na implementação do Estado democrático de direito, vivencia a importância das políticas públicas, mas, esbarra nas barreiras burocráticas de viabilização das mesmas. Neste circuito, a PNH, como exemplo de política pública, surge, com a intenção de resgatar o humanismo social, a partir de critérios como protagonismo, autonomia e corresponsabilidade dos indivíduos enquanto seres sociais.

É nesta sociedade pós-moderna, que novas políticas são fundamentais. Mas, seria um clichê “humanizar os humanos”? É preciso questionar para além da política, no sentido de resgatar valores perdidos no tempo e no espaço, processo que deu origem ao desgaste social e moral das relações. E na sociedade de desorientação, novos grupos emergem, se engajam, e buscam incentivo estatal, para reorganizar, a partir de uma nova ótica, suas estruturas informacionais e operacionais. Nesta articulação, novas estratégias podem ser utilizadas, que levem em consideração um profundo entendimento sobre as próprias organizações em que se inserem, e por meio de um novo agir comunicativo, ampliem horizontes, superem diferenças de gênero, gostos e políticas, em uma evolução exógena. Primeiramente, é importante que os acertos sociais sejam feitos internamente ao grupo; em um segundo momento, a comunicação externa deve tornar-se um elemento estratégico.

Avaliando os resultados deste estudo, é possível entender que existe um significativo entendimento dos profissionais do grupo de trabalho de humanização sobre a PNH. Por outro lado, é também muito claro que não há um processo contínuo e corretamente estabelecido, no que diz respeito à comunicação e ao processo de informação no cotidiano da gestão hospitalar, e, assim, velhos desenhos organizacionais dificultam o processo de mudança para novas perspectivas comunicacionais dentro da instituição. Neste contexto, os profissionais se percebem como comprometidos, mas, enfrentam obstáculos que, por vezes, desmotivam e desacreditam seus valores/trabalho dentro do próprio grupo. Existe, neste aspecto, um problema crônico no que se refere ao real entendimento sobre a PNH e o que preconiza seu significado, na intenção de permear condutas individuais para melhorias e engajamento coletivos.

Contudo, conscientizar a sociedade de seu caráter coletivo significa superar o individualismo, e quebrar assim, um resistente paradigma pós-moderno, nada fácil de ser manobrado, uma vez que envolve, dentre outros pontos, a autonomia reflexiva de cada um, que na atualidade, é extremamente condicionada. A importância dos processos de mudança diz respeito à quebra de paradigmas, que se tornam resistentes na medida em que são incorporados na rotina e no cotidiano profissional.

Mesmo assim, é a partir de um possível diálogo entre pessoas envolvidas em um determinado contexto, que uma nova realidade se apresenta. Somente a partir de um investimento, por parte do Estado, em comunicação estruturada com o uso de um discurso que tem por finalidade conscientizar e internalizar, é que a informação adequada pode promover novas sociabilidades. Para isso, é preciso repensar a qualidade das plataformas de comunicação utilizadas, a partir de uma adequação cultural, social e econômica, que por sua vez, promova uma nova vivência organizacional social de fato, e promova efetivamente a transformação na sociedade. Mas, este, é um longo caminho a ser percorrido.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, 4(2), 1999.

ANSOFF, H. Igor, McDONNELL, Edward J. *Implantando a administração estratégica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. LEI N° 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília: Senado Federal.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8 080/90. *Diário Oficial da União*, 28 dez. Brasília: Senado Federal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar.2006.

_____. *HumanizaSUS: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª Ed.. Brasília, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 1979 e 2004.

BERGUE, Sandro Trescastro. *Cultura e mudança organizacional*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

BETHLEM, Agrícola de Souza. *Estratégia empresarial*. São Paulo: Atlas, 2001.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. 10ª ed. Brasília: Ed. UNB, 1997.

BORBA, V. R. *Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

CANCLINI, Néstor García. Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização. 7ªEd. Rio de Janeiro, RJ. Ed. UFRJ, 2008.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CASTELLS, Manuel. A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol.2: O poder da identidade. 6ªEd. São Paulo, SP. Ed. Paz e Terra, 2008.

CHARAUDEAU, Patrick. Discurso das mídias. São Paulo: Contexto, 2009.

DALL'AGNOL, Clarice Maria, et AL. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Artigo publicado na R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DEBUS, Mary. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DIAS, C. Pesquisa qualitativa: características gerais e referências. Cidade: editora, 2000.

EISENHARDT, Kathlenn. Building Theories from Case Study Research. In: Academy of Management Review, vol. 14, Nº 532-550, 1989.

ETZIONI, Amitai. Organizações Modernas. 3ª Ed, São Paulo: Pioneira, 1973.

FERREIRA, Victor C. Paradela; CARDOSO, Antônio S. Rito; CORRÊA, Carlos J.; FRANÇA, Célio Francisco. Modelos de gestão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

FEINGENBAUM, Armand V. Controle da qualidade total: gestão e sistemas. São Paulo: Makron Books, 1994.

FLEURY, Maria Tereza Leme. Estória, mitos, heróis: cultura organizacional e relações de trabalho. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, out./dez. 1987.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. 2º Ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986.

FRANCO. Túlio Batista.; MAGALHÃES JR., Helvécio Miranda. *Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas de cuidado*. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

GAYOTTO, M.L.C.; DOMINGUES, I. Liderança: aprenda a mudar em grupo. Petrópolis: Vozes, 1995.

GARVIN. David A. Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro, RJ. Ed. Qualitymark, 1992.

GIOVINAZZO, Renata A.; FISCHMANN, Adalberto A. Delphi eletrônico – uma experiência de utilização da metodologia de pesquisa e seu potencial de abrangência regional. In COSTA, Benny Kramer; ALMEIDA, Martinho Isnard Ribeiro de (coordenadores). *Estratégia: perspectivas e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAMSCI, Antônio. Cartas do Cárcere. Ed. Civilização Brasileira, 1987.

HABERMAS. Jürgen. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HAIR, JR. J. F. ; ROLPH, E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. *Multivariate Data Analysis*. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

HALL, Stuart. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte, MG. Ed. UFMG, 2009.

HALL, Richard H. Organizações: estruturas, processos e resultados. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM) –
www.husm.ufsm.br/apresentacao. Acesso em 20/04/2011.

JORGE, Alzira de Oliveira. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Campinas, Agosto de 2002.

JUNQUEIRA, Luciano A.; INOJOSA, Rose Marie Prates. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica de eficácia. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, abril/junho de 1992.

KAYSER, Aristéia Mariane. Ações de Integração no Núcleo regional de Atenção à Saúde na 4ªCRS sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização e seus dispositivos de transversalidade (trabalho de conclusão de Curso – Curso de Enfermagem, Faculdade Integrada de Santa Maria), 2009.

KELINGER, F. Metodologia da pesquisa em ciências sociais. São Paulo: EDPV-EDUSP, 1980.

KLÜCK, Mariza (et Al). A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Revista de Administração em Saúde, Vol. 4, Nº 16, 2002.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LINDBLON, Charles Edward. O processo de decisão política. Brasília: UnB, 1980.

LOCKE. John. Dois tratados sobre o governo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

LOPES, Maria Immacolata Vassalo de, (organizadora). Epistemologia da Comunicação. São Paulo, SP. Edições Loyola, 2003.

_____, M. I. V. Pesquisa em Comunicação. São Paulo, SP. Edições Loyola, 2005.

MARTELETO, Regina Maria. Informação: elemento regulador dos sistemas, fator de mudança social ou fenômeno pós-moderno? Ci. Inf. Brasília, 16 (2): 169-80, jul./dez. 1987.

MARTIN-BARBERO, Jesús. Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. 5ªEd. Rio de Janeiro, RJ. Ed. UFRJ, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada. São Paulo: Atlas, 2006.

MERHY, EE.; ONOCKO, R. (organizadores). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.

_____, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (Orgs) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de S.(org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTESQUIEU. Do espírito das leis. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1963.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisa em administração. v. 1, n. 3, p. 89-96, 1996.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. *Educação e Pesquisa*. v. 31, n. 3, p. 521-539, 2005.

PINHO, José Benedito. *Propaganda Institucional: Usos e funções da propaganda em Relações Públicas*. 5ª Ed. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1990.

RISSI, Liane. *Autonomia, Protagonismo e Corresponsabilização na Produção de Saúde: construções coletivas. (monografia de conclusão da Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS)*, 2009.

ROUSSEAU, J.J. *Do contrato social; ensaio sobre a origem das línguas; discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens; discurso sobre as ciências e as artes*. Coleção Os Pensadores, São Paulo: Editora Abril Cultural, 1978.

RUA, Maria das Graças. *Políticas públicas*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A universidade no século XXI*. São Paulo: Cortez, 2004.

SHAW, C. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 15, 2003.

SOUZA, Antônio de (et al). *Controle de Gestão em Organizações Hospitalares*. *Revista de Gestão da USP*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente- um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

WEBER, Max. *Ensaio de Sociologia*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Zahar, 1971.

WEICK, Karl E. *A psicologia social das organizações*. São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda, 1973.

WEICK, Peter L. Sensemaking in organizations. London: Sage, 1995.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam., v.120, n.6, p.472-481, 1996.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Segue, neste apêndice, o modelo de questionário utilizado como instrumento de pesquisa neste trabalho.

I. QUESTIONÁRIO:

BLOCO 1 – PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Função: _____

Forma de Ingresso na UFSM/HUSM:

() Concursado () Cargo de Confiança () Outro. Qual?

Tempo de Serviço:

() - de 1 ano () + de 1 ano até 2 anos () + de 2 anos até 4 anos
() + de 2 anos até 5 anos () + de 5 anos até 8 anos () + de 8 anos até 10 anos
() + de 10 anos

Grau de Instrução:

() 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Grau Incompleto
() 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo

Endereço e Telefone:

Tempo de envolvimento com o GTH: _____

BLOCO 2 – INTERNALIZAÇÃO/ASSIMILAÇÃO (AUTONOMIA)

1. Você sabe o que é a Política Nacional de Humanização (PNH)?

() sim () não () em parte. Porque?

2. Como você tomou conhecimento sobre a PNH?

() Colegas () Curso no HUSM () Internet () Outro. Qual?

3. Você considera seu nível de conhecimento, sobre a PNH:

Insuficiente 1 2 3 4 5 6 7 excelente. Marque e justifique:

4. Você considera que a PNH é importante para a atuação de todos os profissionais do HUSM? () sim () não () em parte. Por quê?

5. Você acredita que todos os profissionais do HUSM tem conhecimento da PNH:

() sim () não () em parte. Por quê?

a. Em caso da resposta “sim” ou “em parte”, quais setores podem ser apontados como os que tem maior conhecimento:

() clínica () enfermagem () administrativo

6. Qual é a relação entre o GTH e a PNH no HUSM?

7. Desde quando você vem atuando na PNH no HUSM?

BLOCO 3 – COMPROMETIMENTO (CO-RESPONSABILIDADE)

1. Você considera a aplicabilidade de seu conhecimento sobre a PNH no dia-a-dia de sua atuação profissional:

pouco aplica 1 2 3 4 5 6 7 aplica muito. Marque e justifique:

2. Você acredita que a PNH colabora para o desempenho do profissional em saúde?

() sim () não () em parte. Por quê?

3. Você acredita que a PNH está melhor estabelecida na área:

() Administrativa () Clínica () Enfermagem. Por quê?

BLOCO 4 – QUALIDADE (PROTAGONISMO)

1. A PNH faz parte de um planejamento estratégico:

() sim () não () em parte. Por quê?

2. Quais ações já foram propostas para a Direção do HUSM, em termos de PNH, pelo GTH:

3. Quais ações foram aceitas e tiveram resultados?

4. Como ocorre o caminho de proposição de ações pelo GTH dentro do HUSM (estrutura hierárquica a ser seguida):

5. Você considera a implementação da PNH no HUSM em um nível:

Insuficiente 1 2 3 4 5 6 7 excelente. Marque e Justifique:

6. Você acredita que a PNH, a partir das suas diretrizes de autonomia, co-responsabilidade e protagonismo, estabelecidas no papel, se processa na prática:

Pouco 1 2 3 4 5 6 7 muito. Marque e Justifique:

7. A que ou quem você atribui este estágio da PNH no HUSM:

() aos responsáveis diretamente envolvidos com a PNH no HUSM

() à Direção Executiva do HUSM

() à percepção dos pacientes

() a todos os profissionais do HUSM

Justifique:

BLOCO 5 – COMUNICAÇÃO

1. Como o GTH trabalha a comunicação sobre a PNH no HUSM?

Internet Cartazes Folhetos Reuniões Outros. Quais?

2. As ações do GTH são divulgadas internamente no HUSM?

sim não em parte

2.1.Caso “sim” ou “em parte”. Como é feita a divulgação?

3. A informação sobre a PNH é trabalhada pelo GTH:

Constantemente Periodicamente Mensalmente. Marque e Justifique:

4. Você considera a comunicação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) no HUSM: Insuficiente 1 2 3 4 5 6 7 excelente. Marque e Justifique:

5. Alguém de fora do HUSM (usuário, familiar ou mesmo a comunidade) pode propor alguma ação para o GTH referente à PNH no HUSM:

sim não em parte. Por quê?

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

I. ENTREVISTADOS QUESTIONÁRIO¹³:

NOME COMPLETO		SETOR NO HUSM
1	Liane Braga Rissi	CRH
2	Nildete Terezinha de Oliveira	CRH
3	Marta Oliveira	CRH
4	Guiomar Machado da Silveira	CRH
5	Aparecida Medeiros	Ouvidoria
6	Noeli Terezinha Landerdahl	NEPS
7	Lígia Regina Oliveira	NEPS
8	Maria Nilda Maciel Soares	Direção Geral
9	Naura Silvia Coutinho	Pronto Atendimento
10	Martha Helena Noal	Setor de Psiquiatria
11	Eloísa Athaide	Pediatria
12	Terezinha Ferreira da Silva	Traçados Gráficos

¹³ Esta relação é confidencial, e consta aqui apenas para fins de organização da pesquisa. Em futuras publicações desta pesquisa, esta relação será preservada, e, portanto, retirada do corpo do trabalho.

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: A Política Nacional de Humanização sob o prisma da comunicação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria

Pesquisador(es) responsável(is): Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura e pós-graduanda Morgana Hamester

Instituição/Departamento: UFSM/Departamento de Administração

Telefone para contato: 3220 9258

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/Núcleo de Educação Permanente em Saúde/Grupo de Humanização (GTH)

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário, bem como a participar, posteriormente, do grupo focal, para discussão dos dados obtidos através dos mesmos, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo consiste em analisar a relação entre qualidade da disseminação das informações em torno dos Princípios orientadores da Política Nacional de Humanização e a internalização/ comprometimento dos profissionais envolvidos nos processos de gestão e atenção hospitalar. Num segundo momento, esta pesquisa tem por finalidade: Investigar qual o significado da PNH para os profissionais que foram qualificados para atuar de acordo com os seus princípios orientadores, na gestão e atenção hospitalar dentro do HUSM; Analisar como ocorre a disseminação das informações sobre PNH no cotidiano dos processos de gestão e atenção hospitalar na perspectiva de implantação de novos desenhos organizacionais; Verificar a existência de internalização/comprometimento decorrente das informações que são internalizadas pelos sujeitos envolvidas com a PNH, ou seja, como fazem sentido e são transformadas em objetos de trabalho.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam o tema deste projeto, bem como a participação em posterior grupo focal para apresentação e discussão, em linhas gerais, sobre os dados preliminares obtidos, a partir dos dados oriundos da compilação dos questionários. Durante o grupo focal, haverá gravação de áudio, para posteriormente a análise de dados, que deve ser realizada da maneira mais objetiva e exata possível. Sendo assim, você autoriza também neste documento a gravação de ÁUDIO a ser realizada no grupo focal. Salienta-se que não haverá gravação de imagem para esta pesquisa.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, no sentido de contribuir com a qualidade do trabalho do Grupo de Humanização, em sua atuação no HUSM.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará, prioritariamente, qualquer

risco de ordem física ou psicológica para você. Mesmo assim, fica claro que existe uma pequena possibilidade de constrangimento ao participar desta pesquisa, seja na resposta ao questionário, seja na posterior participação do grupo focal.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20__

Assinatura

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE III – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: A Política Nacional de Humanização sob o prisma da comunicação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria

Pesquisador(es) responsável(is): Prof. Dr. Gilnei Luiz de Moura e pós-graduanda Morgana Hamester

Instituição/Departamento: UFSM/Departamento de Administração

Telefone para contato: 3220 9258

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/Núcleo de Educação Permanente em Saúde/Grupo de Humanização (GTH)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados, por meio da aplicação de questionários individuais referentes à temática estudada neste projeto (o valor da comunicação na implementação da PNH no HUSM) do Grupo de Humanização (GTH) do HUSM. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala número Rua Floriano Peixoto, 1184 – CEP 97015-372 (prédio da antiga Cesma) Santa Maria/RS, do Deptº de Pós-Graduação em Administração da UFSM por um período de **5 anos**, a contar da data de aplicação dos questionários, sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Dr. Gilnei Luiz de Moura. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....dede 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável