

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM
SAÚDE**

**ANALISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO-PNH NO HOSPITAL E PRONTO
SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ-HPSMC**

MARIA JOSÉ AMORIM

**CUIABÁ-MT
2008/1**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM
SAÚDE**

**ANALISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO-PNH NO HOSPITAL E PRONTO
SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ-HPSMC**

Trabalho final do Curso de Especialização em “Gestão Pública em Saúde” da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007, orientada pela médica especialista Eliana Maria Siqueira Carvalho.

**CUIABÁ-MT
2008/1**

DEDICATÓRIA

A meu esposo Gilson Libório e minha filhinha Emmanoelly Libório, a quem compartilho o meu amor, pois com orações, carinho, paciência e amor me ajudam a vencer mais essa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso Criador Supremo, que estende Seu olhar em todos os passos da minha vida.

Á Eliana Maria Siqueira Carvalho, minha orientadora, que mesmo com tantas atribuições dirigiu os passos para o alcance do meu objetivo.

A Eneida Vandoni, minha co-orientadora, a quem tenho o total respeito, carinho e toda admiração. Amiga fundamental, que me deu a certeza de que iria vencer essa. Trago esse agradecimento mais que especial, do fundo do coração.

A todos os que direta e indiretamente participarem da elaboração da pesquisa e conclusão da monografia: trabalhadores do HPMSC, os professores e colegas do curso etc.

RESUMO

A Política Nacional de Humanização – PNH tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos, visando à melhoria da qualidade de vida e o exercício da cidadania. Escolhemos o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC, para realizar nossa pesquisa com objetivo de analisar a implementação dessa Política. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, utilizando como instrumento de coleta de dados com a técnica de Grupo Focal aplicada aos membros do Colegiado Gestor e do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital. Os resultados possibilitaram a identificação dos princípios da PNH conhecidos pelos trabalhadores de saúde do HPSMC, foi destacado que essa Política veio para fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS no hospital. Identificamos também as mudanças de atitudes/estratégias com a implementação da PNH, onde foi citado que a houve mudanças pessoais, principalmente na forma de abordar os problemas adotando uma atitude mais propositiva. Apontaram também as dificuldades sentidas por eles a partir da introdução da PNH no HPSMC, como a de relacionamento entre os profissionais que não foram convidados a participar do Curso de Humanização, a grande rotatividade de gestores que se traduziu em descontinuidade do trabalho. Percebemos ainda que o apoio oferecido pelo Ministério da Saúde – MS foi decisivo como fomentador de mudanças, porém, ainda não conseguiram implementar as ações na prática. Assim, entendemos que os movimentos disparados tem um grande potencial de transformação dependem ainda para sua efetivação, além de um maior envolvimento dos gestores, da mobilização de mais trabalhadores e inclusão dos usuários nessas rodas de conversa. Sobretudo vimos que as mudanças já constituídas tornaram um novo corpo, fizeram movimentos indelévels nesses trabalhadores que contribuirão na busca de um Sistema Único de Saúde de todos e para todos.

Palavras Chave: PHN – Colegiado Gestor – HPSM.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1. Caracterização do Município de Cuiabá	10
1.2. Caracterização do HPSMC – Local de estudo	12
1.3. A Política Nacional de Humanização – PNH	13
1.4. A PNH no Estado de Mato Grosso	20
2. MATERIAS E MÉTODOS	22
2.1 Apresentação e Análise dos Dados	23
2.1.1 - Conhecimento dos participantes a cerca da Política Nacional de Humanização	23
2.1.2 - Contribuição do MS na implementação da PNH no HPSMC	23
2.1.3 - Mudanças que a Humanização trouxe ao HPSMC	25
2.1.4 - Dificuldades encontradas no HPSMC, durante a implantação da PNH	26
2.1.5 - Relação dos funcionários, usuários e gestores, a partir da implementação da PNH	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	33
ANEXO	35

INTRODUÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 07).

A partir de 2003, uma das prioridades do Governo Federal foi a construção de uma política de saúde que englobasse as iniciativas já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as e espraiando o conceito de *humanização* para o conjunto das práticas do SUS.

Para atingir este objetivo seria necessário afirmar a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde (CAMPOS, 2003. p. 02).

A Política Nacional de Humanização - PNH da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – PNH/SUS, também chamada de HumanizaSUS, foi concebida para atuar de maneira transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde, sob a coordenação da Secretaria Executiva. Cabendo às demais áreas do Ministério da Saúde o papel de garantir atuação integrada e integradora em relação ao SUS.

O SUS, ao longo de sua construção, inclui várias dimensões: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 07).

A PNH, neste contexto, visa a contribuir para um SUS fortalecido, comprometido, humanizado e para todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Por Humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, incluindo valores como, autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.09).

A Secretaria de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, desde 2005, regulamentada na sua Política Estadual de Saúde prioriza a humanização norteando o atendimento do usuário no sistema:

“desde o acolhimento no serviço de forma respeitosa e ágil, o atendimento com qualidade, a aplicação ou utilização de projeto terapêutico multiprofissional para a resolução mais eficaz do problema, até o referenciamento e contra-referenciamento desburocratizado e acima de tudo, deve-se conscientizar o cidadão de seus direitos no SUS”. (p.5)

Em 2006 a SES cria a Gerencia de Humanização – GEHUMA. Essa gerencia recebe apoio do Ministério da Saúde - MS, no intuito de difundir a Política Nacional de Humanização - PNH nas Unidades de Saúde do Estado.

No início a sua atuação se deu através de apoio aos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's, instituído nas Unidades da SES no município de Cuiabá e nas Unidades hospitalares (Hospitais Regionais), bem como, em cinco hospitais públicos e filantrópicos localizado em Cuiabá e Várzea Grande, incluindo o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC.

Em virtude da implementação do Projeto QualiSUS que é um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência do hospital, o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC, a Coordenação Nacional da Política Nacional de Humanização – PNH/MS, através do Coletivo do Centro Oeste, com as Consultoras: Esther Vilela e Beth Mori, inicia apoio intensivo no HPSMC, analisando, propondo e implementando dispositivos, em conjunto com os diversos atores da Unidade, respeitando as diversidades de pensamentos e valores. Comprometendo assim com a produção de saúde e a produção de sujeitos.

A partir da entrada do MS no HPSMC, escolhemos como universo de análise desta pesquisa esse Hospital, que tem porta de entrada para a regulação de todos os serviços de saúde e necessita de uma rede conectada e integrada.

Esta pesquisa tem como objetivo principal, analisar implementação da Política Nacional de Humanização - PNH no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC no período de novembro de 2006 a novembro de 2007, isto é, a partir da ação direta da equipe do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas com técnica de *grupo focal* aplicada aos membros do Grupo de Trabalho de Humanização - GTH e do Colegiado Gestor dessa Unidade Hospitalar.

Segundo Gui (2003, p.5), a vantagem do grupo focal é a possibilidade de observar a interação das pessoas em torno do tema proposto, evidenciando-se as similaridades e as diferenças nas opiniões e experiências.

Primeiramente fizemos uma breve caracterização do município de Cuiabá-MT e do universo da pesquisa, ou seja, o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC. Em seguida, descrevemos sobre a Política Nacional de Humanização – PNH de uma forma

geral e ela no Estado de Mato Grosso. Apresentamos também os materiais e métodos utilizados, finalizando com a análise dos dados.

Nesta análise, identificamos o conhecimento do entrevistado a cerca da Política Nacional de Humanização - PNH, a contribuição do Ministério da Saúde - MS na implementação dessa Política no HPSMC, as mudanças que a Humanização trouxe ao Hospital e as dificuldades encontradas, bem como as relações dos funcionários, usuários e gestores, a partir das rodas de conversas disparadas.

Analisar o processo de implementação dessa Política foi de grande importância, tanto para o Hospital, como também a quem deseja difundi-la. Acreditamos que a pesquisa servira como subsídios estratégicos para essa difusão e para ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais, instituições formadoras e outras instituições.

Para Heckert (2006), articular as redes sociais com os serviços de saúde implica considerar o que o sujeito pensa e faz sobre o que considera problemas a serem enfrentados. Implica dialogar com as soluções que fabricam coletivamente.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Caracterização do Município de Cuiabá

Completando praticamente três séculos de fundação e localizada no Centro Geodésico da América do Sul, a cidade de Cuiabá consolida-se como importante cidade brasileira. O povoamento da cidade iniciou com a descoberta de ouro às margens do rio Coxipó, por bandeirantes paulistas em busca de minerais preciosos e do índio para o trabalho escravo. A descoberta do metal precioso, às margens do lendário rio Coxipó, ensejou a fundação de Cuiabá em 08 de abril de 1719, com o surgimento do "Arraial de Forquilha", denominação dada ao primeiro povoamento que daria origem à cidade. Três anos depois – em 1722 – foram descobertas as "Lavras do Sutil", rica jazida encontrada nas proximidades do córrego da Prainha e da "Colina do Rosário", onde foi construída a histórica igreja do Rosário, situada no coração de Cuiabá. Expandia-se, assim, a população, com a descoberta do ouro. A notícia do ouro logo extrapola os limites do lugar e exerce poderosa atração migratória, trazendo consigo a burocracia do governo colonial português, com seu sistema de controle e poder. Nesse contexto Cuiabá é elevada à categoria de vila, com o nome de "Vila Real do Senhor Bom Jesus de Cuiabá".



Foto 1: Igreja do Rosário (2003). Fonte: WWW.mt.gov.br.

Descobertas de novas jazidas na região causaram um período de decadência na exploração do ouro. As atividades agrícolas substituíram a mineração, passando a ocupar papel de sustentação da economia local.

Após esse período de estagnação, quase um século depois de sua fundação, Cuiabá conquistou a condição de cidade, através da Carta Régia de 1818, e declarada capital de Mato Grosso em 1835, 17 anos depois.

Na segunda metade do século XIX, com o fim da Guerra do Paraguai e a livre negociação, a cidade ganha força com a realização de obras de infra-estrutura e equipamentos urbanos. Como pólo avançado no interior brasileiro, centraliza uma região que passa a ter expressiva produção agroindustrial açucareira e intensa produção extrativa, em especial de poaia e de seringa. Entretanto, outro período de marasmo econômico voltou a ocorrer, penalizando a cidade com mais uma fase de isolamento e paralisação de seu desenvolvimento econômico e crescimento urbano. Situação alterada apenas do final da década de 30 deste século, com a política de integração nacional do Governo Federal.

O Programa da "Marcha para o Oeste", em curto espaço de tempo deixou suas marcas na cidade, que ganhou nova feição com a edificação de sua primeira avenida, a Avenida Getúlio Vargas e nela prédios destinados à administração pública, agências bancárias, hotéis e de lazer. Na década de 60, Cuiabá continua a trajetória de crescimento, desta feita como o "Portal da Amazônia", principal pólo de ocupação da Amazônia meridional brasileira, constituindo hoje, a Grande Cuiabá, maior núcleo urbano do oeste brasileiro, com uma população total de cerca de 600 mil habitantes.

No final de século, completando 281 anos de fundação, Cuiabá preparou-se para passar por um outro grande surto de crescimento, com a implantação de sete mega-projetos: a ligação ferroviária com o Porto de Santos, a conclusão e pavimentação da rodovia Cuiabá-Santarém, a saída rodoviária para o Oceano Pacífico, a hidrovia do Paraguai, a Usina de Manso, a Usina Termoelétrica e o Gasoduto. Concluídos esses projetos, dada sua localização geopolítica estratégica no centro do continente, Cuiabá consolidará sua vocação a nível de continente, firmando-se como um dos mais importantes centros inter-modais de transportes da América do Sul.

A economia da Capital, hoje, está centralizada no comércio e na indústria. No comércio, a representatividade é varejista constituída por casas de gêneros alimentícios, vestuário, eletrodomésticos, de objetos e artigos diversos. O setor industrial é representado, basicamente, pela agroindústria. Com um distrito industrial que dispõe de infra-estrutura necessária.

1.2. Caracterização do HPSMC – Local de estudo



Foto 2: Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (Tirada em 17/09/2007 pela pesquisadora)

O Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, mais conhecido como Pronto Socorro, foi implantado no período de 1969, em prédio anexo à Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, no antigo Sanatório Júlio Muller. Sua inauguração ocorreu no dia 27 dezembro de 1969.

Com o aumento do fluxo de pacientes, vindos inclusive do interior e de outros Estados da região norte, com o crescimento da cidade entre outros fatores, fez-se necessária à mudança da estrutura do Pronto Socorro, foi construído um moderno prédio, considerado como um dos mais bem equipados do país naquela época, situado na Rua General Vale, bairro Bandeirante, Centro de Cuiabá, onde se encontra até hoje.

O Pronto Socorro Municipal de Cuiabá foi autorizado pela Lei nº 1957 de 25/05/1982, criado pelo Decreto nº. 624/08 de junho/1982 e inaugurado dia 08/04/1988. Teve o seu primeiro Estatuto aprovado pelo decreto nº645 e publicado no Diário Oficial em 21/06/1982 e registro no Livro 10-A das Sociedades Civis do Cartório do 1º Ofício da Comarca de Cuiabá sob. O nº. 1484 de Ordem de registro em 3/11/82 possui personalidade própria de direito público.

O Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá é uma Unidade de Saúde Pública, cuja finalidade principal é de prestar serviço médico hospitalar á comunidade em geral, integrada de toda a sua equipe de saúde, bem como as demais Unidades da Secretaria Municipal Saúde.

Hoje (em 2008), o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá é referência para Mato Grosso, para outros Estados e até mesmo para outros Países que fazem fronteira com

nosso Estado, seu atendimento diário é, em média, de 900 pessoas/dia perfazendo um total mensal médio 20.000 (vinte mil) pessoas atendidas.

O Pronto Socorro tem como Missão e Visão:

- MISSÃO DO HPSMC:

“Garantir a saúde das pessoas através da assistência humanizada em situação de urgência de média e alta complexidade”

- VISÃO DO HPSMC:

“Ser uma referência no atendimento de média e alta complexidade”

1.3. A Política Nacional de Humanização – PNH

Na perspectiva da implantação de uma nova visão de atenção a saúde, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Esse Programa oferecia uma orientação global para os projetos de caráter humanizado, desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulava a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre esses vários setores de atendimento da instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. Podemos considerar um avanço. o Programa procurou mudar conceitos e práticas nos ambientes de trabalho a cerca da relação gestor/trabalhador, na perspectiva da qualidade e resolutividade, na relação serviço/usuário, definido como um processo de responsabilidade coletiva.

Em 2001 e 2002 em Mato Grosso foi realizado capacitação de profissionais da rede Municipal e Estadual a cerca desse Programa.

No final de 2003 a humanização é vista não como programa, mas como política pública de saúde que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar os 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.

No entendimento da Política Nacional de Humanização, Mori, Barros e Bastos (2006) diz que Humanizar é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, incluindo valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, esclarecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (p.73).

A Política Nacional de Humanização - PNH tem uma Coordenadoria vinculada a Secretária de Atenção a Saúde – SAS conta com um Núcleo Técnico e um quadro de consultores, que trabalham integradamente com as demais Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde e apóiam as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e inovações no modelo de atenção e de gestão no SUS nos Estados, Municípios e Instituições de Saúde.

Ela foi formulada a partir da sistematização de experiências do “*SUS que dá certo*” e reconheceu que Estados, Municípios e Serviços de Saúde implantam práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados. Segundo Campos, para tal façanha, seria necessário afirmar a indissociabilidade entre o modelo de atenção e de gestão da saúde (2003. p.02).

É a construção de uma política de saúde que engloba as iniciativas já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as com um conceito de humanização, para o conjunto das práticas do SUS.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;

- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

As estratégias gerais para a implementação do HumanizaSUS, se dá em articulação entre as três esferas do governo, implica no processo de troca, interferência, contágio necessário para o fortalecimento do SUS e o enfrentamento dessas situações.

Essa política traz a co-responsabilidade dos diferentes atores que compõem os serviços de saúde, afeta na mudança de cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, apostando na indissociabilidade entre a atenção e gestão.

Segundo Heckert,

“A PNH enquanto proposta de mudança dos modelos de atenção e gestão no campo da prática de saúde pressupõe uma transformação mais ampla dos modos de existência dos atores aí implicados – por isso falarmos da necessidade da produção de sujeito co-responsáveis no processo de produção de saúde. Neste sentido, as mudanças preconizadas pela PNH não podem ser pensadas fora de um contexto de mudanças sócio-culturais, de mudanças nos processos de formação e de gestão” (2006, p.04).

Essa Política tem instrumentos tecnológicos que apontam para esses modos de operar nesse conjunto das relações entre profissionais, usuários, unidades de serviços, respeitando as diversidades de pensamentos e valores, confluindo em trocas solidárias e comprometidas não somente com a produção de saúde, mas também à produção de sujeitos.

A Política Nacional de Humanização tem como pontos fundamentais:

- Valorização da dimensão subjetiva 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 questões de gêneros, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, 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 profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Heckert afirma que a PNH não se constitui como programa, mas uma política que se quer coletiva e, por isso, está em permanente construção; deve ser criada e recriada permanentemente por todos.

Para isso, a PNH trabalha em três macro-objetivos:

- Ampliar as ofertas dessa Política aos gestores e conselhos de saúde priorizando atenção básica/ambulatorial e hospitalar, com ênfase nos Hospitais de Urgência e Universitários.
- Incentivar a inserção na agenda dos gestores e conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil, a valorização dos trabalhadores do SUS.
- Divulgar a PNH e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais, instituições.

Passos (2006) utiliza apostila com textos extraídos e adaptados do Caderno de Textos do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas (João Pessoa: Ed. Universitária, 2003), para propor níveis da PNH, argumentando que essa política se constrói a partir de:

- 1) Princípios;
- 2) Método;
- 3) Diretrizes;
- 4) Dispositivos e;
- 5) Ferramentas.

Por **princípio** entende-se o que causa ou força determinada ação ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui dois princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

- 1) A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde;
- 2) A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura de comunicação intra e inter-grupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e inter-grupos promovendo mudanças nas práticas de saúde.

Por **método** entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “*método de tríplice inclusão*”:

- 1) inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade;
- 2) inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança;
- 3) inclusão do coletivo seja ele em sua versão social seja subjetiva.

Por **diretrizes** entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da:

- 1) Clínica Ampliada;
- 2) Co-gestão;
- 3) Valorização do Trabalho e da Saúde do Trabalhador;
- 4) Acolhimento;
- 5) Defesa dos Direitos do Usuário;
- 6) Formação de Redes
- 7) Ambiência

Por **dispositivos** entende-se a atualização das diretrizes de uma política em agenciamentos coletivos concretos.

Segundo Documento Base da Política Nacional de Humanização elaborado pelo Ministério da Saúde - MS, dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos e/ou imateriais mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo (p39).

Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças de atenção e de gestão. Citamos:

- 1) GTH;
- 2) Colegiado Gestor;
- 3) Contrato de Gestão;
- 4) Carta Direitos dos Usuários;
- 5) Ouvidoria;
- 6) PFST;

- 7) CAP;
- 8) Equipe Transdisciplinar de Referência;
- 9) Projetos co-Geridos de Ambiência;
- 10) Gerência de porta aberta;
- 11) Classificação de Riscos;
- 12) Visita Aberta

Por **ferramentas** entende-se os instrumentos com os quais determinado dispositivo é posto a funcionar.

Na PNH, os seus diferentes dispositivos foram consolidados nas práticas concretas de saúde a partir de ferramentas que vêm sendo aprimoradas e ampliadas. Por exemplo, com a **diretriz** da Clínica Ampliada, o **dispositivo** da Equipe Transdisciplinar de Referência se consolida através da **ferramenta** Prontuário Transdisciplinar. Em um outro exemplo, com a **diretriz** da Saúde do Trabalhador, o **dispositivo** do PFST se consolida com a **ferramenta**.

A PNH disponibiliza aos gestores esses diversos dispositivos entendidos como tecnologias ou modos de implementar a humanização. Esses instrumentos devem ser usados conforme as necessidades e possibilidade da Unidade de Saúde.

As diretrizes da PNH também estão presentes nos processos de contratualização e habilitação das várias políticas do Ministério da Saúde, a exemplo das relativas á atenção básica, á de média e alta complexidade, ao pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal, entre outras.

A Humanização também esta presente no Pacto pela Saúde, nas contratualizações do SUS e no trabalho integrado no Ministério da Saúde. O pacto aponta como responsabilidade de gestão, dois pressupostos básicos da PNH: a promoção da humanização no atendimento e nas relações de trabalho.

O Pacto pela Saúde, aprovado na comissão intergestores tripartite, é um compromisso público de gestores do SUS, a ser revisto anualmente. Esse documento enfatiza as necessidades de saúde da população e aposta na cooperação solidária entre as três esferas do governo para a consolidação do SUS.

No Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC são utilizados alguns dispositivos da política Nacional de Humanização. Para reorganizar da porta de entrada da emergência, esta sendo implantado o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. Também podemos citar o Grupo de Trabalho de Humanização - GTH e Colegiado Gestor.

Conceituaremos esses dispositivos conforme o Documento Base do Ministério da Saúde:

- **Grupo de Trabalho de Humanização -GTH:**

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, na SES e nas SMS, tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH (conf. Política Nacional de Humanização); pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxos de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade de usuários na qual está inserida. (p43)

- **Colegiado Gestor:**

Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas (p43).

A PNH, também desenvolve e oferece cursos, realiza oficinas, e seminários, certifica e divulga experiência bem sucedida de humanização no SUS. Produz materiais educativos e de divulgação. Disponibiliza apoio institucional e cooperação técnica para a implantação de dispositivos.

Com a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização - PNH, entre muitos benefícios se pretende, redução de filas e de tempo de espera, ampliação do acesso;

atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos do usuário; valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços.

1.4. A PNH no Estado de Mato Grosso

Na perspectiva da implantação desta nova visão de atenção a saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso - SES/MT, a partir da Portaria ministerial nº822/O1 que instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, propunha melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados em um conjunto de ações integradas para aprimorar as relações profissional/usuário, hospital/comunidade, buscando a troca e construção de saberes, equipes multiprofissionais, identificando necessidades do SUS/MT com pacto e níveis de gestão, resgate e construção de Redes solidárias.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização - PNH como uma das prioridades de política de governo, buscando pactuar e consolidar instrumentos necessários para implementação dessa política junto aos Estados.

Ainda em 2003, no Estado foram realizadas reuniões, oficinas de trabalho, visitas técnicas ao nosso Estado, estas em parceria com várias áreas do Ministério da Saúde, buscando a sensibilização para a Humanização do Serviço, bem como a elaboração e publicação de documentos a cerca do tema.

No ano de 2004 o Ministério concentrou-se no sentido de difundir os conceitos, marcas e dispositivos da PNH. Com isto, foi realizada a apresentação dessa Política nos espaços de gestão hospitalar, instâncias da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Estado Mato Grosso, bem como nos Conselhos de Saúde.

Por possuímos um Estado grande em extensão territorial, muitas dificuldades apresentaram-se no que se refere a manutenção de visitas e intercâmbios aos grupos e instituições.

Em 2005, continuaram as ações para difundir essa Política e reestruturar os serviços. As ações foram direcionadas para a formação de Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's. Esse dispositivo foi constituído por lideranças representativas de profissionais de cada Unidade de Saúde.

Primeiramente esses encontros se deram em Hospitais, nos Hospital e Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande, Hospital Geral Universitário, Hospital Universitário Júlio Müller, Hospital do Câncer e nos Hospitais Regionais do Estado.

No início do ano de 2006 a dificuldade foi na implementação da PNH nas Unidades de Saúde do Estado, devido a alteração no Organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso - SES/MT e consequentemente no quadro de profissional. Neste mesmo ano a Coordenadoria de Humanização foi instituído como Gerência de Humanização - GEHUMA. Hoje (em 2008) esta gerência esta diretamente ligada a Diretoria da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - ESP/MT da SES/MT. Uns dos avanços percebidos é a inclusão dos conteúdos da PNH nos cursos oferecidos pela ESP/MT.

Ainda em 2006 o Ministério da Saúde - MS, através do Núcleo da PNH em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, realizou o Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde e ofereceu duas vagas para o nosso Estado, sendo uma da Secretaria Estadual de Saúde - SES e outra do Município de Cuiabá-MT. Com isso, o Estado ganhou duas Apoiadoras dessa Política, Eliana Maria de Carvalho Siqueira e Simone Eineck Alcântara.

Também em 2006, a Gerência buscou apoio do Ministério da Saúde - MS e através de reuniões mensais criou redes de apoio entre os Grupos de Trabalhos de Humanizações – GTH's existentes nas Unidades da SES/MT. Esse reuniões de rede de apoio também foi levada a unidade do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC. Ela dispararam uma série de movimentos no sentido de implementar uma rede de atenção à saúde, que integrasse o Estado e Município, a partir da percepção da intesa fragmentação de ações produzida.

No ano de 2007, o Ministério de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, se uniram para realizar o curso de “Formação em Humanização da Atenção e Gestão em Saúde: Tecendo Redes” com objetivo compreender a complexa dinâmica dos processos de produção de saúde-doença-atenção e intervir sobre os problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho. Busca, em sentido mais ampliado, a articulação e aprimoramento de rede de saúde do Município de Cuiabá e Estado de Mato Grosso, considerando os diferentes níveis de atenção-básica, secundária e terciária, tomando como referência a Política Nacional de Humanização.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido e autorizado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Mato grosso.

Nosso trabalho foi do tipo qualitativo tendo como método a pesquisa descritiva. O Universo de análise da Política Nacional Humanização foi o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC. Como instrumento foi utilizado técnica de Grupo Focal. A reunião foi realizada no HPSMC no mês de fevereiro de 2008 com os trabalhadores do HPSMC, que participam do Colegiado Gestor e do Grupo de Trabalho de Humanização, por serem pessoas que acompanharam a implementação da PNH na Unidade. Aceitaram o convite e participaram da reunião 13 (treze) pessoas.

Morgan (1997), afirma que a marca registrada do Grupo Focal é a utilização explícita da interação grupal para produzirem dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação produzida em grupo. A principal vantagem do Grupo Focal é a oportunidade de observar uma grande quantidade de interação a respeito de um tema em um período de tempo limitado.

Segundo Gui (2003), não se trata, propriamente de uma “coleta” como se o “dado” ali estivesse à espera de ser capturado, mas sim captar os significados que emergem no “aqui e agora” da situação de pesquisa, na medida em que os participantes refletem e discutem sobre o tema proposto.

Ocorreu erro na gravação durante a reunião. Obtivemos apenas dados transcritos (em anexo) realizados por duas pesquisadoras auxiliares/observadoras.

A partir das respostas dos participantes, identificamos os aspectos da PNH conhecidos pelos trabalhadores de saúde do HPSMC, as mudanças de atitudes/estratégias advindas da implementação da PNH e apontamos as dificuldades percebidas pelos trabalhadores a partir das discussões sobre a PNH no HPSMC.

A análise dos dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2008.

2.1. Apresentação e Análise dos Dados

2.1.1 – Conhecimento do participantes a cerca da Política Nacional de Humanização

Ao pedir aos participantes comentarem o que conhecem a cerca Política Nacional de Humanização - PNH, eles responderam que *“a política traz diretrizes de forma globalizada a todos os níveis de atenção, valorizando o que já existe e aplica diretrizes de acordo com a realidade e demanda”* e que *“não deve ser focada apenas na instituição, mas sim na relação política entre eu e o outro, intra e inter-instituição”*. Afirmando ainda que a PNH é uma *“política de tríplex inclusão, onde envolve gestores, trabalhadores e usuários”*, tendo *“seu principal foco no trabalhador, no seu atendimento e acolhimento”*. Afirmando assim que *“o trabalhador se sentindo bem, tem condições de atender melhor o usuário”*. *“A PNH deve valorizar o que já vinha acontecendo nas unidades, implementando com suas ferramentas, para melhor funcionamento do SUS”*. Relatam que *“é uma política veio para fortalecer o SUS, de forma impessoal e apolítica”* e que os (funcionários) são os operários para operacionalizar os instrumentos dessa Política.

A PNH surge, para contribuir com um SUS fortalecido, comprometido, humanizado e para todos: gestores, trabalhadores e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 07).

Podemos afirmar que todos têm um bom conhecimento da Política Nacional de Humanização, pois em suas colocações abordam os princípios dessa Política. Trata-se da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde. Também se refere à transversalidade, aumentando a comunicação intra e inter-grupos, refletindo na mudança da prática de saúde. Bem como, a Co-responsabilidade entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde estabelecendo vínculo e estimulando a participação no coletivo, o que nessa política se refere à autonomia e protagonismo do sujeito.

Ao colocarem que os atores mais importantes dessa tríade são os gestores e trabalhadores, foi no sentido de serem esses a atuarem constantemente para essa transformação.

2.1.2 - Contribuição do MS na implementação da PNH no HPSMC

A partir da presença do Ministério da Saúde – MS, através dos consultores da PNH, no HPSMC, nos foi relatado, pelos participantes da reunião, que o MS contribuiu de início com “*visitas quinzenais*”, realizadas a partir de março de 2007 na Unidade. Iniciando com “*capacitações a cerca do Programa de Formação em Saúde e Trabalho - PSFT, Acolhimento com Classificação de Risco e outros dispositivos*”. Esses assuntos entendidos como tecnologias ou modos de implementar a Humanização. Trouxeram informações, que possibilitaram a mudança de visão dos que se envolveram, facilitando o planejamento e priorização das ações frente às dificuldades apresentadas pelo grupo de trabalhadores e gestores oportunizadas nas rodas de conversas estabelecidas. Uma participante relata que “*foi jogada a semente*”, outra afirma que “*agora precisamos regá-la*”. “*Somos um embrião, um pequeno grupo que está sensível e quer a implantação e implementação dessa política no PS que tem mais de 1.000 trabalhadores, mas temos que ter as portas abertas com a gestão, assim com o aval destes, para podermos envolver mais e mais pessoas, colegas/usuários*”.

A produção da mudança em saúde, no que se refere à gestão e organização dos serviços e práticas não pode desconsiderar que ela depende da própria mudança dos sujeitos nela engajados.

A partir das rodas de conversa iniciadas no HPSMC, principalmente problematizando a relação do Hospital com outras Unidades da Saúde, o Ministério da Saúde - MS juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde - SES e Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Cuiabá iniciaram o Curso: Formação em Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde: Tecendo Redes. Esse curso está sendo oferecido aos trabalhadores do Estado e Município englobando as seguintes Unidades de Saúde: os Prontos Socorros Municipais de Cuiabá e Várzea Grande; 20 (vinte) Equipes do Programa de Saúde da Família de Cuiabá (de um total de trinta existentes); 06 (seis) das 32 (trinta e duas) Unidades de Atenção Básica em Cuiabá; todas as 05 (cinco) Policlínicas de Cuiabá; os Hospitais Regionais do Estado, localizados em Cáceres, Rondonópolis, Sorriso e Colíder; Hospital do Câncer em Cuiabá; Hospitais Universitários: Geral e Júlio Müller; Nível Central e Unidades descentralizadas da Secretaria Estadual de Saúde: Gerência de Humanização - GEHUMA, Superintendência de Vigilância Sanitária – SUVISA / Central Estadual de Referência da Saúde do Trabalhador - CEREST; Superintendência Estadual de Regulação, Central Estadual de Odontologia a Pacientes Estadual - CEOPE, Central Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade -

CERMAC, HEMOCENTRO, Central de Reabilitação Dom Aquino Correa - CRIDAC, Centro Integrado de Assistência Psicossocial - CIAPS Adauto Botelho, os Centro de Atenção Psico Social - CAPS Municipais e Estaduais; Instituições de Formação: Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Universidade de Cuiabá - UNIC, Escola Estadual de Saúde Pública, Gerência de Desenvolvimento de Pessoas do SMS/Cuiabá e Controle Social – Ouvidorias Estadual e Municipal de Saúde, Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, envolvendo, enfim, trabalhadores representando 64 (sessenta e quatro) serviços de saúde.

Aplaudem a ação do MS, porém criticam o critério de escolha feita para participar do curso. Relatam que *“havia pessoas que estavam envolvidas com o humanizaus desde a época do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH e do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH e não foram escolhidos a participarem”*. Alegam que *“não houve critério de escolha, e se houve não foi acordado pelos envolvidos anteriormente”*. E quando convidados a participarem da implementação da PNH não vão às reuniões porque não participaram do Curso, sentiram, de certa forma, discriminados, não incluídos ao princípio da PNH no que se referem à autonomia e protagonismo do sujeito.

Os participantes da reunião também ressaltam a falta de atenção do MS, frente à realidade apresentada no HPSMC. Colocam o MS como um *“ser muito teórico, distante da realidade do Hospital”*.

O Pacto pela Saúde aponta como responsabilidade de gestão, dois pressupostos básicos da PNH: a promoção da humanização no atendimento e nas relações de trabalho.

2.1.3 - Mudanças que a Humanização trouxe ao HPSMC

Ao pedir aos participantes identificar mudanças que a Humanização trouxe ao Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC, uns responderam que houve *“mudança pessoal, que se envolvemos mais. Antes até não gostava de falar de reunião de Humanização”*. Ainda afirmam que essa mudança pessoal é visível. Outros disseram que *“a partir do curso Tecendo Redes, houve descentralização de ações”*. Afirmam que *“quem participa do curso Tecendo Rede tem outra visão e mais positiva”*. Tiveram um olhar mais voltado para o grupo (coletivo). Falaram que *“o Ministério da Saúde trouxe conhecimento”*. Relatam que *“as queixas mudaram, ficaram mais consistentes, nos envolvemos, focamos os problemas e soubemos dar prioridades”*. E uma das prioridades foi o setor de emergência, que atende uma

quantidade crescente de pessoas, sem critérios de priorização por gravidade e triagem feitas pelos recepcionistas e porteiros como, aliás, na maioria dos pronto socorros do Brasil.

Ressaltam que *“para ocorrer mudanças tem que haver um melhor atendimento na rede de saúde como um todo: PSFs, policlínicas, hospitais, atenção secundária, municípios do interior que não investem em saúde e acabam drenando os pacientes para o PS”*, pois não adiantam acontecerem mudanças na atenção e gestão do Pronto Socorro, se a rede não estiver articulada e sensibilizada.

Voltam a relatar que o *“MS está muito teórico, não sabem a realidade do PS”*.

Os participantes deste grupo focal, disseram que houve mudanças, nesta Unidade de Saúde, porém ainda faltam mais comprometimento e envolvimento das pessoas. Informam que a Secretaria Municipal de Saúde vem passando por inúmeras trocas de Secretários (foram 06 em 03 anos de mandato do atual Prefeito), com isto, os trabalhos e ações no HPSM, são interrompidos a cada mudança de gestão.

Sugerem que, os servidores se unam em busca de um trabalho mais resolutivo ofertado aos trabalhadores e usuários do SUS, estes passarão a apresentar aos novos gestores, propostas com ações sólidas, dando continuidade a todas as ações planejadas no coletivo.

2.1.4 - Dificuldades encontradas no HPSMC, durante a implantação da PNH

Os participantes apontaram como dificuldades encontradas na implantação da política Nacional de Humanização - PNH, o aumento da demanda no atendimento, a rotatividade de gestor do HPSMC, bem como, a dificuldade de relacionamento gestor e funcionário. Ressaltam que *“se não melhorar a gestão a introdução dessa Política no Hospital não irá acontecer, pois não se pode falar em PNH sem falar de Gestão”*. Relembrem que *“quem implanta a PNH são os gestores e trabalhadores”*. Apresentam ainda as dificuldades encontradas nessa relação inter-pessoal, inter-setorial, a crise nos recursos humanos, o descaso com a saúde do trabalhador, funcionário doente tem que trabalhar para não perder a produtividade (existe um prêmio vinculado ao salário do servidor quando este não tem nenhuma ausência durante o mês), o atestado médico só justifica a falta (mas é descontado do servidor um percentual que varia de 10 a 20% do seu vencimento), o baixo salário, a falta de estrutura a falta de condições de trabalho, a super-atribuição, a mudança de chefia, médicos pedindo demissão, falta de comprometimento com o setor de acolhimento e ambiência do

serviço social. Concordam que deveria mudar a ambiência nesse setor frente ao aumento da demanda de atendimento. Sala lotada, difícil acolhimento aos usuários. Ressaltam que é um sofrimento para as assistentes sociais, lembram que o setor não tem privacidade para atender casos isolados, como mulheres vítimas de violências.

Apontam dificuldade de relacionamento entre o Grupo de Trabalho de Humanização – GTH, que ora não se reúnem, com o Grupo do Colegiado Gestor, porque alguns membros do GTH não forem convidados para participar do curso Tecendo Redes, recusam a participar das Reuniões do Colegiado Gestor quando são convidados. Alguns membros do GTH expressam que são convidados não para propor ações que diz respeito ao HPSMC, mas somente para desenvolvê-las.

Argumentaram serem apreciadores da PNH, e acreditam nela. Afirmam que essa política é trabalhada de forma gradativa, pois envolvem mudanças de comportamentos, quebras de paradigmas e até mesmo lidar com o lado cultural dos atores envolvidos nesse processo que é de produção de saúde e de sujeitos. Sentiram mais dificuldade em conhecerem a Política do que desenvolverem os projetos por eles já planejados, pois, a partir da PNH, perceberam que deveriam apenas conhecer os diversos projetos ofertados pelos diferentes setores da unidade, priorizá-los e unificá-los, fazendo a integração dos mesmos, com foco nessa tríade que compõe o SUS (gestores, trabalhadores e usuários).

Há sugestões entre si de mudança. Propõe a união e formação de grupo que possam ter autonomia de repassar as ações para os novos gestores, com objetivo de haver continuidade e comprometimento das ações.

Tentam entre si buscar essa união e propõe ainda o não desestímulo, a persistência e comprometimento.

2.1.5 - Relação dos funcionários, usuários e gestores, a partir da implementação da PNH

Ao colocarem para expressar o relacionamento dos funcionários, usuários e gestores, nos relataram que “há desencontros, há falta de humanização”.

Lembram que quase todos que participam deste grupo focal, tem um certo e bom grau comunicação com as chefias imediatas, porém, muitos servidores não conseguem ser ouvidos e acabam se excluindo ou sendo excluídos, tornando-os sem protagonismo dentro do próprio processo de trabalho.

Relatam que a *“situação dos funcionários é tão delicada que quando o usuário vem com 10 pedras nas mãos o funcionário também já está com 10 pedras para atirar”*. Mas ainda acha que *“os usuários são passivos, aceitam o que lhes é imposto”*.

Afirmam que *“os gestores estão distantes, não tem conhecimento a cerca da PNH, isso dificulta”*. Aham que *“tem que haver envolvimento dos gestores”*.

Relatam que quando *“há dificuldade de relacionamento, há divergência de opinião”*.

Relatam ainda que *“o Gestor do Hospital também tenha sua atribuição e frente ao “caos” que é essa Unidade, ele dá prioridade nas ações emergenciais, tais como aumento na demanda, falta de medicamento, falta de médico, servidor doente, etc.”*, referem à disponibilidade de tempo.

Lembram que até com o Ministério da Saúde - MS teve dificuldade de relacionamento. *“O MS criou uma resistência”*. Relata uma participante que, no início ela quis expor suas opiniões/sugestões, porém foi barrada porque era gestora. Ela ficou sentida, naquele momento, com os consultores MS por apresentarem uma política e serem divergentes dela em algumas situações, sentiu que eles não acreditavam que ela teria boa opinião ou fosse criticá-los.

Apontam ainda que:

“Quem tem conhecimento, participa da transformação”,

“Se há grupo conscientizado há compromisso”.

“Têm que buscar o conhecimento”,

“Tem que existir a problematização para pensarem em mudanças”.

“Tem que haver um bom relacionamento com os colegas sem criarem resistências com a inclusão de novos sujeitos para aumentar essa grupalidade e deixar de criar resistências com os envolvidos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa técnica tivemos um ambiente social onde os participantes puderam interagir entre si, defendendo, revendo, corrigindo suas próprias opiniões, até mesmo influenciando as opiniões dos demais. Essa abordagem possibilitou também a pesquisadora aprofundar sua compreensão das respostas obtidas.

Uma questão bastante enfatizada na Política Nacional de Humanização e comentada na entrevista foi à questão da saúde do trabalhador. Quando foi colocado que “*Quando um trabalhador esta bem, atender bem o usuário*”, isso se referiu à desmotivação que o trabalhador do HPSMC está atravessando, tendo como consequência vários fatores, dentre os quais podemos afirmar: a mudança contínua de gestores da Unidade, a excessiva demanda nesses últimos períodos, etc.

Essa mudança de gestores foi uma das dificuldades apresentada pelos participantes do grupo focal. Levando-os a propor a criação de um grupo com a finalidade de repassar esse modelo de gestão, objetivando dar continuidade e credibilidade às ações de humanização.

Um ponto positivo que podemos afirmar é que no período em que foi desenvolvida a pesquisa, ou seja, de novembro de 2006 a novembro de 2007, não houve mudança do diretor na unidade, facilitando assim para implementação dessa Política. Porém lembramos que, já neste ano de 2008 assumiu um novo diretor.

Constatamos que o Ministério da Saúde - MS, contribuiu e muito na implementação da Política de Humanização do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC. Apresentou a Política integrando as esferas federal, estadual e municipal, bem como, a partir da sua intervenção, desencadeou um processo de formação/potencialização da Rede de atenção e gestão em todas as unidades hospitalares, de atenção básica, de formação do Estado de Mato Grosso com o Curso-Intervenção Tecendo Redes. Esta é uma ação inovadora do país, pois vêm questionar a estrutura tradicional que se realizam os “modos de fazer” a Educação Permanente, disparando intervenções nos processos de trabalho a partir de estudos e análises do cotidiano das unidades de saúde onde estão atuando os alunos do curso, a partir de 08 encontros presenciais (módulos) intercalados com momentos de dispersão onde os alunos voltavam para as suas unidades, reunindo por 04 h semanais e incluindo os demais trabalhadores do seu serviço na discussão/confecção dos planos de intervenção. Esses encontros foram articulados com a seguinte estratégia: abordagem expositiva das diretrizes e

dispositivos da PNH e articulação do planejamento e acompanhamento avaliativo do curso e de planos de trabalho realizados por cada Unidade de Produção. Os módulos do curso, a foram conduzidos com abordagens problematizadoras, permeados pelo “olhar e instrumental avaliativos”, configurados como momentos e espaços para esclarecer dúvidas, voltar aos conceitos trabalhados, fazer os ganchos entre princípios e dispositivos, enfim consolidar os saberes e ferramentas, mas numa lógica mais discursiva, onde os participantes puderam apresentar e rever o andar da implementação das ações. Esses momentos presenciais assumiram importância especial para socialização das dificuldades encontradas, viabilizando apoios mútuos e com isso ajudando os trabalhadores-sujeitos a caminhar na perspectiva de mudanças de “posição e de atitude”, assumindo posturas problematizadoras e propositivas. No sentido de articular a proposta pedagógica com o compromisso de envolvimento institucional, os gestores foram “chamados” a pactuar o apoio e viabilização da participação dos trabalhadores, assegurando com isso o desempenho nas atividades e objetivos do Curso.

A maior relevância em relação às ações da PNH no HPSMC foi à percepção por parte dos envolvidos nesse processo de implantação da política, que não existe uma solução local para os graves problemas de saúde de nosso Estado, mas se conscientizou que a construção de redes sólidas e solidárias a partir do Pronto Socorro, no empenho de “tecer redes” com os demais serviços, gestores e usuários, se faz necessário.

Lembramos que a Humanização surge como estratégia de interferência nos processos de produção de saúde, tendo como pressuposto que os sujeitos sociais quando mobilizados, são capazes de mudar realidades e a si próprios.

Há que se lembrar que essa mudança no HPSMC é um processo de formação, processo de transformação. E como processo, tem seus altos e baixos. Essa mudança não ocorre apenas na estrutura física mais também pessoal o que afeta a cultura de um indivíduo, a cultura de uma instituição, a cultura de uma formação acadêmica. Esta mudança esta sujeita a erros e acertos.

Segundo Gui apud Minayo (1998), “considerar o sujeito de estudo [como] gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implicaria também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação”.

Concluimos que a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão devem ser cuidadosamente trabalhadas nas Unidades de Saúde, pois lida com as diversidades culturais, que devem ser ouvidas e respeitadas, pelo coletivo, são diferentes idéias, pensares, saberes e experiências. Devemos com isso incluir o sujeito ou os

sujeitos, aumentando o grau de transversalidade, através de redes de conexões e comunicações. Devemos não apenas fazer para o outro, mas com o outros. Devemos ainda, lembrar que o processo se dá o tempo todo, com novas tecnologias e outros modos de fazer.

A PNH nos convida a desenvolvermos esta habilidade de estar no limite da máquina: estar nela e fora dela ao mesmo tempo, como uma força fora-incluída que no interior da política de governo promove política pública. O SUS é nossa utopia ativa que existe na situação limite entre uma política de Estado (a estabilidade da letra da lei tal como expressa na constituição), uma política de governo (a instabilidade dos projetos de governo que rodiziam de 04 em 04 anos, ou em bem menos tempo no nosso caso aqui em Cuiabá) e uma política pública (a estabilidade do que se encarna nas práticas concretas dos trabalhadores e usuários do sistema de saúde). Sendo as políticas públicas nossa aposta e nosso compromisso efetivo, estamos lutando pela estabilidade do que vai se corporificando como novas práticas, apostando no “reencantamento do concreto”. Para realizar esta tarefa de militância ora invadimos, ora evadimos da máquina. Mas mesmo quando estamos nela, ficamos ali no seu limite. E quando dela evadimos, não o fazemos por desistência, mas por recuo estratégico, certos de que nossa frente de ação, na verdade, é outra. Devemos entender que os eventos modificadores na composição dessas forças políticas alteram nosso cenário e exigem reavaliações estratégicas, mas não poderão comprometer o que já será um novo corpo a partir dessas rodas de conversa criadas, dos movimentos disparados pelo curso e pela nova percepção que essas pessoas nos mostraram de seus próprios problemas, dos problemas do HPSMC, das dificuldades da gestão e da rede de saúde de Cuiabá como um todo.

Pudemos perceber que a implementação da PNH no HPSMC, apesar do pouco que foi feito em termos de ações programáticas, fica visível a partir dos relatos na entrevista que a *PNH, enquanto qualquer política pública é muito mais do que foi feito: ela é, sobretudo, um modo de fazer. Podemos atingir o que foi feito, mas o modo de fazer é o que fica como uma memória encarnada nos sujeitos da história.* E isso não pára, esta é uma história que esta se construindo diariamente com a participação/inclusão de mais e mais atores, não apenas o “bom humano”, mas o humano que tem seus defeitos, ciúmes, qualidades, sonhos, decepções, que se motiva e decepciona, mas que, cada vez mais, luta e acredita num “SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva, enfim um SUS de todos e para todos”.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. **O Desafio da Política de Humanização nos Processos de Trabalho: O Instrumento 'Programa de Formação em Saúde e Trabalho'**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Coletiva. 2006. p. 71-82.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **HUMANIZASUS: Gestão Participativa – Co-Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Teórico da PNH. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Teórico da PNH, 2006.

BRAZIL, City. **História**: Súmula de informações do município de Cuiabá - Jan/2000 - IPDU/PDI. Disponível em: <<http://www.citybrazil.com.br/mt/cuiaba/historia.htm>> Acesso em: 03 de abril de 2008.

CAMPOS, G.W.S. **RELATÓRIO**: Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003

CUIABÁ, Prefeitura de (2007). **História do Município de Cuiabá**. Disponível em: <<http://www.cuiaba.mt.gov.br/cuiaba/index.jsp>>. Acesso em: 25 de setembro de 2007.

GUI, R. T. **Utilização do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa Aplicada: Intersubjetividade e Construção de Sentido**. (apud: Minayo, M. C. de S. (1998)). Brasília: Revista Psicologia: Organizações e Trabalho – OT, vol.3, nº 1, jan/jun/2003. 2003.

HERCKERT, A. L. C. In Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 03, **O Trabalho em Saúde: Um Novo Modismo – Humanismo, Processo de Trabalho e Participação**, p.01- 08. 2006.

MATO GROSSO, Secretaria Estadual de Saúde do. Cuiabá: **Política Estadual de Saúde**. 2005.

PASSOS, Eduardo. **Proposta de Apresentação dos Níveis da Composição da PNH**. 03 de fevereiro de 2006

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L. C. O. **A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2002.

APÊNDICE

ROTEIRO DA REUNIÃO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA:

**ANALISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO - PNH NO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE
CUIABÁ - HPSMC**

ROTEIRO		
	05'	APRESENTAÇÃO
01	10'	Falem o que conhecem da Política Nacional de Humanização
02	05'	Como o MS contribuiu para implementação da Política no PS
03	10'	Identifique mudanças que a Humanização trouxe ao PS
04	10'	Aponte as dificuldades encontradas no PS, durante a implantação da PNH.
05	10'	A partir da introdução da PNH, como vêm a relação dos funcionários, usuários e gestores nesse processo: (De que forma eles participam? Se não, porque não participam).

ANEXO

ANEXO I

ANOTAÇÕES DA PESQUISADORA AUXILIAR/OBSERVADORA - 1

REUNIÃO - HPSMC TÉCNICA: GRUPO FOCAL - 27.02.08

1 - Fale o que conhecem da Política Nacional de Humanização

- Acolhimento
- Tripice inclusão
- Atendimento/acolhimento
- Dispositivo da PNH envolvido no OS
- Seu principal foco do trabalhador, no seu atendimento e acolhimento.
- Um trabalhador estar bem assim atender bem o usuário
- È O programa (PNHAS) focalizava a PNH desfocalizava. Traça diretrizes de forma globalizada a todo nível de atenção, valorizando o que já existia e aplica diretrizes de acordo com a realidade e demanda.
- A PNH veio reiterar o que já existe
- O seu grande lance é os Dispositivos entre as tripice (usuário, trabalhador e gestor)
- Porém nós trabalhadores ainda focamos apenas os usuários
- È uma política para fortalecer o SUS, de forma impessoal e apolítica
- A PNH é instrumento nos somos os operários, vieram para fortalecer.
- Instabilidade dos servidores

2 - Como o MS contribuiu para implementação da Política no PS

- No começo a visita era quinzenal
- Deram capacitações a cerca do Programa de Formação em Saúde e Trabalho - PSFT, Acolhimento com Classificação de Risco e outros dispositivos.
- O MS trouxe informação, mostrou-nos os instrumentos da PNH e seus dispositivos.
- foi jogada a semente,
- agora precisamos regá-la
- Mudou a visão de quem estava envolvido. Hoje já sabemos buscar melhor as informações
- Porém por ser uma Política instituída, cada um gestor que entra quer fazer do seu jeito. Mas, quando os servidores se organizarem vai melhores
- Os servidores serão um grupo orientador que repassaram a proposta da PNH ao gestor que entrar
- Teve dificuldade de reunir
- O MS trouxe conhecimento, trouxe a discussão
- O MS contribuiu no PS mostrando às dificuldades e o MS propôs curso Tecendo Rede
- Haviam pessoas que estavam envolvidas com o humanizasis desde a época do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH e do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH e não foram escolhidos a participarem
- Não houve critério de escolha, e se houve não foi acordado pelos envolvidos anteriormente

- *Ser muito teórico, distante da realidade do Hospital*

3 - Identifique mudanças que a Humanização trouxe ao PS

- A partir do curso tecendo redes: que descentralizou ações
- Mudança pessoal, que se envolvemos mais. Antes até não gostava de falar de reunião de Humanização
- Trouxe conhecimento
- Há mais que mudar visivelmente, porém houve mudança interna, pessoal.
- As queixas mudaram, ficaram mais consistentes, nos envolvemos, focamos os problemas e soubemos dar prioridades
- Quem participou das capacitações tem outra visão. Mais positiva
- Ministério da Saúde trouxe conhecimento
- Mudança no olhar de um grupo
- Abriu a cabeça para focar problemas e desse priorizar
- Priorizou as emergências porque aumentou e muito a demanda
- Tendo essa demanda, percebemos que para ocorrer mudanças tem que haver um melhor atendimento nas redes como um todo: PSF's, policlínicas, hospitais, atenção secundária, municípios do interior que não investem em saúde e acabam drenando os pacientes para o PS
- Ainda falta mais envolver as pessoas
- O MS esta muito teórico, não vê a realidade do PS

4 - Aponte as dificuldades encontradas no PS, durante a implantação da PNH.

- Aumentou as demandas no atendimento
- Dificuldade com os gestores: não pode falar em PNH sem falar de Gestão
- Há muito questionamento que dificultando a análise
- Se não melhorar a gestão a introdução dessa Política no Hospital não irá acontecer, pois não se pode falar em PNH sem falar de Gestão
- Quem implanta a PNH são trabalhador, Gestor
- O RH esta em situação crítica
- Ed. Permanente, saúde do trabalhador, funcionários doentes (perde produtividade), médico pedindo demissão.
- Olhar distante do MS. O MS esta distante, não esta na ponta
- Há dificuldade, pois não tem comprometimento com a Ambiência, um dispositivo da PNH.
- Não temos condições de trabalho
- Falta de Estrutura
- Questão salarial
- Rotatividade de Gestores
- Super atribuição
- Devemos mudar, nos unir e repassar ações aos novos gestores
- A semente tem que ser regada

- Não podemos desestimular
- Não podemos desistir, tem que ser persistente e comprometidos
- Tivemos Dificuldade com a PNH na introdução e não com o projeto para desenvolvimento
- Há interrompimento do projeto
- Mudança de chefia
- Saída: fazer uma Política para não haver mudança
- Um as pessoas estarem fazendo o curso e outras (já eram comprometida) não fazerem, porem serem chamadas a participar da mudança.
- “envolve sempre e cale a boca”
- Há pessoas que estavam envolvidas a humanizaus que não participaram do curso Tecendo Redes, alegam que Grupo que participam é de elite e quem não foi não entra. Quando convidados a participarem da implementação da PNH não vão porque não participam do Curso.

5 - A partir da introdução da PNH, como vêm a relação dos funcionários, usuários e gestores nesse processo:

- Funcionários / Usuários / Gestores

(De que forma eles participam? Se não, porque não participam)

- Deveria mudar a Ambiência no setor de Serviço Social frente ao aumento da demanda de atendimento. É um sofrimento para as assistentes sociais. Ainda em decorrência da demanda é difícil o acolhimento dos usuários. Sala lotada. O setor não tem privacidade para atender casos isolados, como mulheres vítimas de violências
- Se há Humanização, porque permite?
- Há desencontros, há falta de humanização
- Há maiorias do que estão participando da entrevista tem certo grau de confiança/chefia, nisso são ouvidos por gestores. O relacionamento de muitos funcionários é estreita ou nem há relação. Eles não são ouvidos pela chefia. Poderiam trazer um novo olhar
- Tem que haver um bom relacionamento com os colegas sem criarem resistências com a inclusão de novos sujeitos para aumentar essa grupalidade e deixar de criar resistências com os envolvidos.
- A situação dos funcionários é tão delicada que quando o usuário vem com 10 pedras na mãos o funcionário já está com 10 pedras para atirar.
- Os usuários são passivos, aceitam o que lhes é imposto
- Os gestores estão distantes, não tem conhecimento a cerca da PNH, isso dificulta
- Tem que haver envolvimento dos gestores
- Há dificuldades de relacionamento.
- Há divergência de opinião
- Tem que existir a problematização para pensarem em mudanças
- Se há grupo conscientizado há compromisso
- Temos que buscar conhecimento e crescer. Quem tem conhecimento, participa da transformação
- Se há grupo conscientizado há compromisso
- Devemos estar bem com os colegas e aceitar as diferenças
- Cria-se uma resistência

- Até o MS criou uma resistência (relata uma gestora que no início ela quis expor suas opiniões/sugestões, porém foi barrada porque era gestora. Eles não acreditavam que ela teria boa opinião.)
- Criou um clima ruim entre o MS, com os colegas de trabalho e os gestores
- O Gestor do Hospital também tenha sua atribuição e frente ao “caos” que é essa Unidade, ele dá prioridade nas ações emergenciais, tais como aumento na demanda, falta de medicamento, falta de médico, servidor doente, etc.
- Ao apresentar um projeto a um gestor devemos ser rápidos e objetivos, ser estratégicos.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

- Foi produtivo
- Queríamos a tempo poder falar, desabafar
- Agora devemos formar um grupo de orientação e implantar no dia a dia
- Respeitar o profissional
- Mudança de atenção e gestão
- Investir no setor de saúde do trabalhador

PESQUISADORA AUXILIAR/OBSERVADORA - 1

ANEXO II

ANOTAÇÕES DA PESQUISADORA AUXILIAR/OBSERVADORA - 2

➤ **REUNIÃO NO HPSMC COM O GRUPO FOCAL**

DIA: 27/02/08.

QUESTÕES	SENTIMENTOS	PERCEPÇÕES	DIFICULDADES
<p>1-Falem o que conhecem da Política Nacional de Humanização?</p> <p>10'</p>	<ul style="list-style-type: none"> - não deve ser focada apenas na instituição, mas sim na relação política entre eu e o outro, intra e inter instituição, - o trabalhador se sentindo bem, tem condições de atender melhor o usuário, -envolve os 3 níveis de atenção, - a PNH deve valorizar o que já vinha acontecendo nas unidades, implementando com suas ferramentas, para melhor funcionamento do SUS, 	<ul style="list-style-type: none"> -envolve instituições, - melhorar o atendimento, dando melhor qualidade de vida aos trabalhadores e usuários, -tríplice inclusão, - Política de triplice inclusão, onde envolve gestores, trabalhadores e usuários - Diferença entre atendimento e acolhimento, - a PNH envolve um todo, em busca de um SUS mais resolutivo, utilizando de suas ferramentas para a solidificação do SUS, - a PNH tem o foco principal o trabalhador, A humanização não é assunto recente, - enxergamos que os atores mais importantes dessa tríade são os gestores e trabalhadores, 	
QUESTÕES	SENTIMENTOS	PERCEPÇÕES	DIFICULDADES
<p>2-Como o MS contribuiu para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - o HPSMC, contribuiu muito 	<ul style="list-style-type: none"> - o MS, trouxe informações, 	<ul style="list-style-type: none"> - manter acesa a chama

<p>implementação da Política no PS</p> <p>05'</p>	<p>com o MS, na construção e efetivação da PNH, - temos de estar preparados para repassar as capacitações,</p>	<p>-apoio com a presença das consultoras quinzenalmente, - com o conhecimento adquirido, colocando em prática nosso saber e nosso querer COLETIVO, -o MS tem um olhar muito distante dos profissionais que trabalham na ponta, Somos um embrião, um pequeno grupo que está sensível e quer a implantação e implementação dessa política no PS no meio de mais de 1.000 trabalhadores, mas temos as portas abertas com a gestão, assim com o aval destes, podemos envolver mais e mais pessoas, colegas/usuários</p>	<p>conhecimentos adquiridos, sem correr o risco de errar e cair no descrédito,</p>
<p>QUESTÕES</p>	<p>SENTIMENTOS</p>	<p>PERCEPÇÕES</p>	<p>DIFICULDADES</p>
<p>3-Identifique mudanças que a Humanização trouxe ao PS.</p> <p>10'</p>		<p>- o amadurecimento de um pequeno grupo do PS, que foi capacitado pela PNH/MS, - satisfação pessoal, - disponibilização do tempo pós hora de trabalho, destinado aos projetos da PNH, voluntariamente e prazerosamente, - o MS, implantou um “CHIP” em nossas cabeças, e agora precisamos de nos estruturar para disseminar essa política,</p>	<p>-as mudanças internas, precisam extrapolar os muros do hospital formando redes, - a regulação é o grande emTrave da saúde precisamos nos preocupar com a formação de redes,</p>
<p>QUESTÕES</p>	<p>SENTIMENTOS</p>	<p>PERCEPÇÕES</p>	<p>DIFICULDADES</p>
<p>4-Aponte as dificuldades</p>			<p>- gestores pouco</p>

<p>encontradas no PS, durante a implantação da PNH.</p> <p>10'</p>	<p>-não adianta acontecerem mudanças na atenção e gestão do Pronto Socorro, se a rede não estiver articulada e sensibilizada, (aberta para esse novo jeito de fazer o SUS).</p>		<p>envolvidos, ou mudanças dos mesmos desestabilizando ou mesmo anulando o trabalho planejado,</p>
<p>QUESTÕES</p>	<p>SENTIMENTOS</p>	<p>PERCEPÇÕES</p>	<p>DIFICULDADES</p>
<p>5-A partir da introdução da PNH, como vêm a relação dos funcionários, usuários e gestores nesse processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Funcionários - Usuários - Gestores <p>(De que forma eles participam? Se não, porque não participam).</p> <p>10'</p>		<p>- RH deficitário para expandir o trabalho, - a política partidária, impera nesse ambiente de trabalho, criando dentro da instituição sua própria política,</p>	
<p>Palavras repetidas</p>	<p>Experiências Pessoais</p>	<p>Comportamentos/gestos/reações</p>	
	<p>-sentem que o MS reconhece o crescimento dos profissionais do estado,</p>		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Houveram “queixas”,

- Profissional que trabalha no PS Cuiabá, e também no PS Várzea Grande, manifestou a necessidade de se implantar no PS Várzea Grande a PNH, pois lá o que existe é somente um trabalho de GTH, que anda a passos lentos.
- O Pronto Atendimento do Pronto Socorro de Cuiabá que antes atendia em média 600 pacientes/dia piorou, pois continua com o mesmo espaço físico, o mesmo número de trabalhadores e leitos, atendendo quase que o dobro/dia.
- As pessoas do Serviço Social que atuam na porta de entrada do Pronto Socorro, perguntam o que seria humanização e como trabalhar o tema se eles não são respeitados?
- Os trabalhadores que de uma forma ou de outra participavam no Pronto Socorro da PNH, ou pelo GTH ou PFST, e que fizeram inscrição para o curso Tecendo Redes, e não foram escolhidos, mesmo com um trabalho de explicações, quanto ao número de vagas destinada a cada unidade, ou perfil do servidor etc, não aboliu a mágoa que ficaram do MS, com isto, muitos não aderem as idéias do plano da UP. Sentem-se excluídos desse processo.

PESQUISADORA AUXILIAR/OBSERVADORA - 2