

Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais

03 de março de 2008 (versão definitiva)

Autora

Inaiá Monteiro Mello

Enfermeira Habilitada em Saúde Pública. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental e Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

Coordenadora do Subcomitê de Humanização do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dedicatória

A todo trabalhador angustiado da área da saúde que almeja contribuir para a qualidade de vida, liberdade e autodeterminação do ser humano.

"A essa altura da vida, uma das minhas poucas certezas, é que tenho vivido plenamente a humana condição".

A autora

SUMÁRIO

Introdução.....	pg.05
Cap.I. Humanização Hospitalar: um conceito em construção.....	pg. 09
Cap. II. A corrente filosófica do Humanismo.....	pg. 13
Cap. III. A organização hospitalar no Brasil.....	pg. 17
Cap. IV. Mudança nos modelos de atenção à saúde no Brasil	pg. 21
Cap.V. O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS).....	pg. 22
Cap.VI. A Política Nacional de Humanização (PNH).....	pg. 32
Cap.VII O usuário SUS: A assistência que se pretende.....	pg. 37
Cap. VIII. O trabalhador da área da saúde.....	pg. 40
Cap.IX. As interfaces da Humanização Hospitalar.....	pg. 46
Cap.X. O humanismo segundo três pensadores do século XX.....	pg. 50
Cap. XI. Exemplos de experiências de Humanização na área da saúde.....	pg. 57
Cap. XII. A Humanização do sistema de saúde no Brasil, baseada em evidências, referências e valores.....	pg. 68

INTRODUÇÃO

O significado da humanização da assistência hospitalar precisa ser compreendido dentro de um panorama bastante amplo. Este livro tem o objetivo de ajudar os profissionais da saúde, interessados no assunto, a compreender de maneira básica a proposta de humanização da assistência hospitalar no Brasil, principalmente a do Ministério da Saúde, sendo escolhidos alguns temas e exemplos para ajudar a compor um quadro de referência.

A preocupação com o humanismo, ou seja, o ser humano colocado como valor e acima de todas as outras coisas, é antiga na história da humanidade, conforme sumariamente narrado (Cap. II).

O hospital sempre foi modelo hegemônico no setor de saúde do país e está presente na nossa história desde a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1543. Durante séculos sua missão esteve praticamente inalterada, mas a partir do final do século XIX, como consequência de grandes transformações externas ao seu ambiente, modificou-se e transformou-se em uma organização bastante complexa e dispendiosa (Cap. III).

As mudanças que ocorreram nos últimos anos no país exigiram ajustes no sistema de saúde sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de ser universal, humanizado e de qualidade (Cap. IV e V).

Embora o SUS tenha obtido conquistas importantes, ainda não conseguiu resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, sendo os dois principais: a dificuldade de acesso aos serviços e o mau relacionamento com os profissionais da área. Com a finalidade de dar suporte ao atendimento do SUS, em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que objetivava promover uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos (Cap. VI).

A proposta de atenção à saúde da população no período 2004-2007, contida no Plano Nacional de Saúde do Ministério, fornece a referência de quais medidas e grupos populacionais estão sendo priorizados para resolver os principais problemas do sistema (Cap. VII).

O trabalhador da área da saúde, neste livro, é abordado dentro das suas principais dificuldades, que são causadas pelo seu despreparo profissional e pelas más condições de trabalho nas organizações de saúde (Cap. VIII).

É pertinente considerar que os modelos de gestão para a qualidade (gerência ou administração), os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e os aspectos éticos na administração das organizações de saúde são importantes interfaces da política de humanização da assistência, pois os modelos de gestão de qualidade propõem metodologias para melhorar o desempenho das organizações, os programas de QVT objetivam melhorar a qualidade de vida global do trabalhador e a ética na administração hospitalar qualifica o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde (Cap. IX).

Uma das dificuldades apontadas por estudos sobre a saúde no Brasil é a do profissional da saúde, de formação biológica, técnica e positivista, trabalhar com o lado "subjetivo" do usuário. Existem no campo da literatura humanista, inúmeros autores, que são referência e podem ajudar a sanar essa falha de formação. Abraham Maslow, Carl Rogers e Jean Paul Sartre são apresentados, em um dos capítulos, pela qualidade e alcance de seus trabalhos no século XX (Cap. X).

Algumas experiências de ações, projetos e programas de humanização da assistência em saúde são citadas, com o objetivo de mostrar como a proposta de humanização, vem sendo colocada na prática das organizações (Cap. XI).

No último capítulo é apresentado um quadro resumido de algumas evidências, referências e valores que podem ser aplicados no sistema de saúde brasileiro, considerando a proposta SUS de humanização e tudo o mais que foi abordado até o momento (Cap. XII).

Espero que a leitura deste livro possa colaborar, de algum modo, com todos que objetivam implementar ações, projetos e programas de humanização na área da saúde.

A autora

CAP. I. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO

Até o momento não existe consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar, embora o Ministério da Saúde tenha proposto algumas definições no programa - que posteriormente transformou-se em política - criado para incentivar a humanização nas organizações de saúde (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003).

O que se percebe na área da saúde humana é a preocupação dos atores envolvidos em prestar ou receber atendimento de boa qualidade.

Os termos humanização, humanização da assistência hospitalar ou humanização em saúde já são de domínio público, embora haja certo "estranhamento" e resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos.

No entanto, as pesquisas de satisfação e insatisfação aplicadas aos usuários dos serviços de saúde no país apontam para a grande insatisfação da população com o atendimento prestado, enquanto as reportagens na mídia sobre o "estado da saúde" mostram um triste panorama nas organizações de saúde de nosso meio, salvo algumas relevantes exceções.

Alguns conceitos ou tentativas de definição de humanização encontrados na literatura são:

- Humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano (Grande Biblioteca Larousse Cultural, 1998).
- Humanização é o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003).
- Humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003).

MARINO JUNIOR (2003) em sua biografia sobre o médico canadense Willian Osler (1849-1919), que lançou as bases da medicina e da metodologia modernas do trabalho médico, esclareceu que Osler introduziu o humanismo no que chama de "artes médicas". Osler possuía uma vasta cultura humanística, médica e filosófica, lecionou nas mais conceituadas universidades americanas e inglesas, foi professor de gerações de médicos e enfermeiras. O filantropo americano John D. Rockefeller inspirou-se no trabalho do médico humanista para destinar milhões de sua fortuna em hospitais,

saneamento e escolas de medicina através da Rockefeller Foundation. A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo também foi fruto da referida fundação. Para Osler, o profissional deve valorizar tanto os seus conhecimentos da doença quanto da pessoa, recomendando a medicina de beira de leito.

O Prof. Raul Marino Junior, profundo admirador de Osler, acredita que os médicos da atualidade devem retomar as bases humanísticas da medicina com objetivo de reintegrá-la em seu verdadeiro papel: assistir o ser humano de maneira integral, preocupando-se com sofrimento físico, angústia e necessidade espiritual.

MORETO (2004), diretora da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMA), afirma que a especialidade Medicina da Família surge como um caminho para humanizar a medicina, pois os componentes básicos da referida especialidade são a educação médica, a atenção primária à saúde, o humanismo e a formação de lideranças. Em relação ao humanismo, ressalta a importância de oferecer experiências, tais como, literatura, poesia e teatro, além de utilizar o cinema como estratégia metodológica para ajudar na formação profissional.

OLIVEIRA (2007), em um artigo científico modalidade estudo de caso, abordando a questão da humanização da assistência, entende que a palavra humanização passou a ser utilizada para nomear diversas iniciativas e possui diferentes sentidos, porém na saúde adotou o significado de um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento.

Existem alguns textos científicos e de reflexão sobre humanização hospitalar no Brasil.

DESLANDES (2004), em um estudo que analisa o discurso do Ministério da Saúde sobre a proposta de humanização na assistência à saúde, em nosso meio, destaca que o termo humanização, como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrange:

- A assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico;
- O reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente;
- O valor do profissional da saúde.

Portanto, as idéias centrais de humanização do atendimento na saúde são as de: oposição à violência, compreendida como a negação

do outro, em sua humanidade, necessidade de oferta de atendimento de qualidade, articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, melhorias nas condições de trabalho do profissional e ampliação do processo de comunicação.

AYRES (2004) ao comentar o referido estudo de Deslandes chama a atenção para o fato de que tanto a autora como o Ministério da Saúde destacam a dimensão da linguagem e da ação comunicativa ao abordá-lo. Para ele, aparece um denominador comum atrás das causas identificadas pela autora para a falta da humanização esperada na assistência à saúde no Brasil: a invisibilidade do outro e a necessidade de interagir efetivamente.

Ayres acredita na possibilidade de reorganização das práticas de saúde orientada por valores éticos, tais como, a emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, a singularidade e interdependência. Também reflete sobre a importância de elevar a dignidade da tecnologia leve, no arsenal de conhecimentos, aperfeiçoar a já bastante valorizada tecnologia dura, e criar condições de otimizar o exercício da sabedoria prática nos espaços de assistência. Em relação à comunicação e interação, ressalta a importância de um espaço para elaborar e compartilhar os juízos de como e o que somos, citando a síntese do pensamento de vários filósofos contemporâneos que diz: "Seremos tão mais indivíduos e legítimos quanto mais livremente nos comunicarmos. A liberdade de nossa comunicação, por sua vez, está diretamente relacionada à nossa capacidade de dar legítima expressão às diversas identidades singulares em interação."

MINAYO (2004) analisa o mesmo texto de Deslandes recordando a história das correntes filosóficas humanistas e esclarecendo que o humanismo laico e o cristão possuem três aspectos fundamentais que devem ser levados em consideração quando se discute humanização em saúde:

- 1) A centralidade do sujeito em intersubjetividade. Neste caso, o profissional de saúde deve reconhecer o outro em sua humanidade, ou seja, indivíduo com capacidade de pensar, agir, interagir, ter lógica, manifestar-se e expressar intencionalidade.
- 2) O ser humano como síntese de seus atos. Observa que o processo de humanização transcende os esquemas, funcionalista e mecanicista, que são traçados para "racionalizar sua implantação". O existencialismo prega que um projeto só "é" ou "está em ação" quando envolve vários sujeitos, nos quais se acredita e se leva em conta "suas verdades em ação."
- 3) O modelo médico continua sendo de formação tecnicista e instrumental. Nele, a formação dos profissionais da saúde supervaloriza o positivismo e as teorias mecanicistas que

tratam o ser doente como organismo formado por um dispositivo bioquímico e funcional. No fundo, percebe-se, por parte do profissional, um menosprezo pela liberdade e auto-determinação do paciente.

BOARETO (2004) sobre o referido texto de Deslandes lembra que um dos aspectos mais relevantes da relação médico-paciente em nosso meio é a de classe. O médico adota comportamentos diferentes, de acordo com a classe social do paciente. A distância social e cultural que o médico estabelece com as classes menos favorecidas dificulta o direito das mesmas à negociação e participação. Os serviços, por sua vez, organizam-se na perspectiva dos profissionais e da organização e não priorizam as necessidades do usuário: normas, legislações, rotinas e práticas aumentam a vulnerabilidade da clientela e a levam ao processo de exclusão. Ela acredita que valores e atitudes sociais podem influenciar o sistema de saúde. Esses, quando bem direcionados, podem aumentar os direitos de cidadania através de ações do aparelho formador e das escolas médicas.

Outro aspecto importante comentado pela autora acima é a importância da relação equipe de saúde e usuário que, quando satisfatória, tem grande influência na satisfação e evolução do tratamento do paciente. A equipe deve saber lidar com as emoções e as dimensões subjetiva e social da pessoa, além de adquirir sensibilidade para a escuta. Sugere algumas medidas fundamentais para incrementar políticas de humanização em saúde:

- Publicação de normas e portarias para fornecer o suporte legal;
- Investimento nas organizações, criando ambientes mais propícios e acolhedores;
- Difusão de novos protocolos, visando à sensibilização e capacitação de uma cultura institucional menos autoritária e voltada para as necessidades do usuário;
- Divulgação ampla de conteúdos e práticas que dêem oportunidades ao usuário de escolher com maior autonomia e esclarecimento e o prepare para estabelecer relações simétricas com o profissional de saúde;
- Combinação da abordagem de saúde pública com a médica e a social;
- Criação de programas e políticas mais bem desenhados que possibilitem a gestão das organizações caminhar em direção à humanização e inclusão social.

CAMPOS (2004) discorda de alguns aspectos do comentado texto de Deslandes, pois julga que foi colocado de maneira tímida a presença

da violência na assistência à saúde, uma vez que existe farta literatura que comprova sua existência, além da observação possível de ser feita durante os atendimentos nas organizações. Ela acredita que as pessoas “não sabem atuar de outro modo” uma vez que a sociedade contemporânea recalca as punções mais importantes do ser humano.

A autora defende a possibilidade da humanização como atendimento de qualidade, articulando avanço tecnológico e bom relacionamento. Parte do pressuposto que os processos de subjetivação são produzidos no mesmo ato que os de trabalho. Em relação à comunicação, alerta para o fato de que, às vezes, a estratégia de comunicação é não comunicar, pois as palavras são tão humanas que se assemelham aos seres humanos. Conforme o caso, podem não ser apenas boas, pois enganam, ocultam, velam e destroem (CAMPOS, 2004).

CAMPOS (2005), em seu artigo sobre humanização em saúde, pressupõe uma mudança nas pessoas, na forma de trabalhar e nas estruturas, fazendo-se necessária uma reforma da tradição clínica e epidemiológica, onde deve estar presente a combinação da objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de trabalhar, incorporando o sujeito e sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. Em sua percepção, o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com novos padrões de qualidade para sujeitos concretos. Essa integração só é possível com a participação ativa do usuário e com a contribuição do saber tecnológico.

REIS; MARAZINA; GALLO (2004) consideram que humanização em saúde é uma possibilidade política de se alterar uma lógica utilitária e autoritária que produz sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes. Ela poderá instaurar, no interior das organizações, espaços de liberdade de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar dimensões subjetivas e singulares.

MARTINS (2001) percebe a humanização em saúde como um processo amplo, demorado e complexo. Aparecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular não será de humanização.

Por fim, um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou como sujeitos quatorze administradores hospitalares, responsáveis por tomadas de decisões em um hospital público da região metropolitana da cidade de São Paulo, apresentou dois objetivos: conhecer o que os sujeitos consideravam humanização do atendimento hospitalar e que medidas percebiam como importantes para implementá-la. Os

resultados apontaram dificuldades em conceituar o termo humanização e falta de percepção individual sobre o conceito de humanização hospitalar (RECH, 2003).

A pesquisadora conclui que, para o grupo que participou da pesquisa, humanização hospitalar é um conjunto de elementos e atitudes:

- Consideração pela saúde física e psicológica do paciente, respeito, dignidade no tratamento, ausência de preconceitos e proporcionar conforto;
- Consideração por valores, crenças e realidades (individual, familiar e comunitária) do paciente, promoção de sua integração no ambiente hospitalar, estabelecimento de boa comunicação e respeito ao seu direito de informação;
- Definição e divulgação da missão da organização;
- União entre os servidores;
- Valorização da arquitetura e decoração hospitalar como atributos importantes da humanização.

O referido grupo considerou como medidas importantes para implantação da humanização hospitalar, os itens:

- Adesão a um programa de Qualidade hospitalar;
- Definição e divulgação da missão da organização;
- Valorização profissional;
- Preservação da integridade do "ser" (percebido em sua totalidade);
- Promoção da união e integração dos servidores da organização;
- Informação e comunicação adequadas;
- Investimento na arquitetura e decoração hospitalar.

O Ministério da Saúde e outras esferas do governo têm dado importância à questão da humanização da saúde no Brasil. Em 15 de abril de 2004 foi publicada a Portaria Interministerial Nº 1.000 (Saúde e Educação), no Diário Oficial da União, que estabelece critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. No artigo XV está estabelecido que um dos dezessete critérios para ser reconhecido como hospital de ensino é aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

As organizações públicas e privadas têm operacionalizado as orientações do Ministério da Saúde em relação à humanização na assistência através da criação de comissões, comitês ou grupos de trabalho que:

- Estudam a proposta do Ministério da Saúde;
- Implementam ações, projetos e programas em suas unidades de trabalho;

- Divulgam na mídia as ações e os projetos de humanização que realizam;
- Organizam eventos de humanização;
- Buscam parcerias junto a outras entidades (principalmente não governamentais) ou pessoas para implementação das ações, projetos e programas.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, JRVM. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria construtiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

BOARETO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

BRASIL, Portaria Interministerial Nº 1000, de 15 de abril de 2004. Brasília, Diário Oficial da União, 2004.

CAMPOS, RO. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. V.9, n.1, 2004.

CAMPOS, GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Revista Interfase: Comunicação, Saúde, Educ.*, v. 9, n.17, 2005.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

DESLANDES, S. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

GRANDE BIBLIOTECA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo, Nova Cultural LTDA; 1998.

MARINO JUNIOR, R. Osler: o moderno Hipócrates. São Paulo, CLR Balieiro Editores LTDA; 2003.

MARTINS, MCFN. Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2001.

MINAYO, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). Política Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/

MORETO, G. Medicina de Família: caminho para a humanização. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

OLIVEIRA, SG. Humanização da assistência: um estudo de caso. *Revista de Administração em Saúde*, v. 9, n. 35, abril-junho de 2007.

RECH, CMF. Humanização hospitalar: o que os tomadores de decisão pensam a respeito? [Dissertação]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.

REIS, AOA; MARAZINA, IV; GALLO R. A humanização na saúde como instância libertadora. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, set-dez, 2004.

CAP. II. A CORRENTE FILOSÓFICA DO HUMANISMO

O humanismo é a corrente filosófica que centraliza seu interesse no tema da natureza ou condição humana e coloca o homem e seus valores acima de todas as outras coisas.

Na antigüidade grega pensadores como Protágoras (Séc. V a.C.) e Sócrates (Séc. V a. C.) já se preocupavam com as questões humanistas (humanismo clássico).

O humanismo foi um importante componente do movimento do Renascimento. Ele reapareceu na Itália, século XIV, e repudiou a ordem e a hierarquia cósmica que a Igreja Católica, o regime feudal e os governantes preconizavam. Alguns de seus pensadores foram Pico della Mirandola, Gianozzo Manetti, Marcilio Ficino, Charles Bouillé, Montaigne, Erasmo e Tomas Mórus.

A palavra humanismo vem do latim *humanitas*, que na antigüidade romana tinha sentido pedagógico, ou seja, a educação do homem como tal (em grego, *paideia*). Assim, dentro da visão do humanismo clássico, o homem podia ser preparado por disciplinas como poética, retórica, história, ética e política para o exercício da autonomia.

Os humanistas do Renascimento defendiam algumas idéias que não eram, necessariamente, anti-religiosas:

- O mundo natural é o mundo do homem.
- A vida ativa é mais natural do que a contemplativa.
- O ascestismo, como modo de vida, pode ser rejeitado.

Temas religiosos como providência divina, natureza e destino da alma foram discutidos com os objetivos de defender a liberdade e a capacidade humana de intervir sobre o mundo e modificá-lo.

Os humanistas acreditavam na liberdade religiosa. Para eles, todas as religiões e crenças da humanidade tinham o potencial comum de conduzir à paz religiosa.

No Renascimento aconteceu um retorno às fontes greco-latinas, particularmente na literatura e ciência.

QUADRO I. ALGUNS PENSADORES HUMANISTAS DA ANTIGUIDADE CLÁSSICA E DO RENASCIMENTO (INCLUI PRECURSORES)

PERÍODOS	ÁREAS E REPRESENTANTES
Antigüidade Clássica	1. Literatura: Cícero, Virgílio e Horácio 2. Ciência: Pitágoras e Platão
Renascimento	1. Literatura: Dante, Petrarca e Boccaccio 2. Ciência: Copérnico

O humanismo foi abordado por vários pensadores no século XX. O destaque foi para duas correntes: o humanismo ou personalismo cristão e o humanismo existencialista. Em ambas, o debate das principais idéias ocorreu no determinismo e liberdade, vencendo a concepção de que "a essência do ser humano é a sua capacidade de autodeterminação".

Os humanistas cristãos pautaram-se nos males políticos e sociais decorrentes da fase entre I e II Guerras Mundiais. Eles acreditavam que deviam investir no aprimoramento das pessoas e pautaram-se em um conjunto de crenças:

- O ser humano é bom e capaz de realizações a favor da humanidade.
- A massificação e perda de sociabilidade podem ser revertidas pela intervenção social.
- A existência de uma sociedade mais consciente, harmônica e feliz é possível.
- O estímulo ao auto-conhecimento, a auto-estima e aos mecanismos de reflexão e interação são importantes.

Dois grandes filósofos humanistas do século XX foram Jean Paul Sartre e Jacques Maritain.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.

GRANDE BIBLIOTECA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo, Nova Cultural LTDA; 1998.

CAP. III. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

a) UM POUCO DA HISTÓRIA

O primeiro hospital no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, erigido em 1543 por Brás Cubas.

No Brasil Colônia e Império surgiram outros hospitais dentro do modelo das Santas Casas de Portugal, que tinham como objetivos primordiais prestar caridade e abrigar pobres e desabrigados, principalmente quando doentes ou por morrer.

A partir do início da década de 1930 ocorreram importantes mudanças no setor da saúde no Brasil, pois foram criados mais hospitais, centros de saúde e houve o fortalecimento do sistema previdenciário.

No governo de Getúlio Vargas, por exemplo, foram criados os Institutos de Previdência, que tinham como uma de suas atribuições a assistência médico-social para algumas categorias profissionais: IAPM para os marítimos (1933), IAPB para bancários (1934), IAPI para industriários (1936), IPASE para servidores do Estado (1938), IAPTC para os trabalhadores em transporte e cargas (1938) e IAPC para os comerciários (1940). Os Institutos encarregavam-se principalmente da medicina curativa, incluindo a assistência médico-hospitalar.

Em alguns estados surgiram hospitais de grande porte, sendo o maior deles o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que teve sua construção iniciada em 1938 e inauguração em 1944.

O SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência) surgiu em 1953, mesmo ano que foi criado o Ministério da Saúde, com objetivo de atendimento domiciliar, ambulatorial e apoio aos Institutos de Previdência.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado na década de 1970, a partir da fusão de todos os Institutos de Previdência. Mais tarde, ele foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A partir da década de 1970 surgiram tentativas de universalizar o acesso à assistência à saúde com os seguintes Programas:

- De Interiorização à Assistência à Saúde e Saneamento para o nordeste (PIASS);
- Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE);
- De Ações Integradas de Saúde (PAIS).

Os Sistemas que seguiram se aos Programas acima foram:

- Único e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- Único de Saúde (SUS), que é o vigente no país.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde. Ele foi oficializado pela Lei N°8080/90.

b) OS HOSPITAIS

Os hospitais, a partir do final do século XIX, com o aparecimento da medicina científica, da tecnologia e da infra-estrutura mais sofisticadas, deixaram de ser espaços para abrigarem pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham indicação de serem realizados em casas.

É importante observar que ele tornou-se hegemônico na área da saúde no Brasil, com assistência predominantemente curativa, dentro do modelo médico, ou seja, de enfoque biológico, técnico e positivista.

O Ministério da Saúde no Brasil define hospital como todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, de ensino e pesquisa.

A caracterização dos hospitais é feita considerando, entre outros, os atributos abaixo:

a) Nível de atenção da assistência

Secundário: atende usuário de nível médio de complexidade

Terciário/Quaternário: atendem usuário de maior complexidade

b) Porte

Pequeno: de 25 a 49 leitos

Médio: de 50 a 149 leitos

Grande: de 150 a 500 leitos

Extra ou especial: acima de 500 leitos

c) Natureza da assistência

Geral: atende usuário de várias especialidades

Especializado: atende usuário portador de patologias específicas

d) Natureza Jurídica

Público: pertencente a qualquer esfera do governo, atende o usuário de modo gratuito

Privado filantrópico: particular com finalidade de atender determinada parcela de seus clientes de maneira gratuita

Privado com fins lucrativos: particular com objetivo de lucros

Privado sem fins lucrativos (beneficente): particular, mas objetiva o atendimento de determinado grupo de usuários ou comunidade

e) Corpo clínico

Fechado: com corpo clínico exclusivo

Aberto: não dispõe de corpo clínico exclusivo, qualquer médico pode atender seus pacientes particulares

Misto: associação das duas formas acima

f) Sistema de edificação

Pavilhonar: com várias edificações

Monobloco: com bloco único

Misto: com blocos e pavilhões

Vertical: composto de vários andares

Horizontal: blocos dispostos, predominantemente em superfície

g) Quanto ao tempo de estadia

Curta permanência: o usuário permanece internado por período inferior a quinze dias

Longa permanência: o usuário permanece internado por período maior que quinze dias

As constantes descobertas na área da saúde durante o século XX, o desenvolvimento da tecnologia, a crescente sofisticação da hotelaria, a necessidade de expansão de serviços de apoio à assistência e outros fatores, fizeram com que a organização hospitalar, gradualmente, se tornasse mais complexa, com características e objetivos diferentes.

QUADRO II. MUDANÇAS NOS OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL ENTRE O INÍCIO DO SÉCULO XX E INÍCIO DO SÉCULO XXI (2006)

INÍCIO DO SÉCULO XX	INÍCIO DO SÉCULO XXI (2007)
01. Isolar o paciente da sociedade	01. Atender o paciente em regime aberto para a comunidade
02. Estrutura rígida com missão e funções pouco variáveis	02. Flexibilidade nas funções
03. Auto-suficiente	03. Trabalho em rede: capaz de manter inter-relação, cooperação e complementaridade
04. Regras e procedimentos	04. Com missão, visão estratégica, políticas e normas gerais
05. Relações de trabalho verticais	04. Relações de trabalho horizontais
06. Aprendizado do trabalhador como forma de galgar postos na organização	05. Aprendizado contínuo do trabalhador, com crescimento pessoal e da própria organização
07. Centralização de poder e decisões	07. Descentralização de poder e decisões com a finalidade de favorecer o desempenho e consecução dos objetivos
08. Estilo gerencial autoritário cobrando resultados	Estilo gerencial de coordenação, acompanhamento, controle das etapas e co-responsabilidade por resultados
09. Ausência de recursos tecnológicos sofisticados	09. Presença de recursos tecnológicos sofisticados, que se bem usados podem favorecer a organização
10. Predominância de trabalho mais individualizado	10. Estímulo para trabalho em grupo e desenvolvimento do potencial e criatividade da força de trabalho

--	--

FONTE: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A TRANSFORMAÇÃO DA GESTÃO DE HOSPITAIS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE. BRASÍLIA, OPAS/OMS; 2004.

BIBLIOGRAFIA E REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília, OPAS/OMS; 2004.

CAP.IV. MUDANÇAS NOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

As principais mudanças que ocorreram no país, nos últimos anos, exigiram modificações nos modelos de atenção do sistema de saúde. Foram elas:

- No papel do Estado, no mercado e na atenção à saúde da população;
- No nível sociocultural da população que passou a cobrar seus direitos de cidadania;
- No perfil epidemiológico e demográfico da população;
- Na tecnologia;
- Na atitude dos gestores preocupados com o aspecto financeiro que exigem contenção de gastos e melhores resultados com a mesma disponibilidade de dinheiro.

Como consequência, surgiu uma política de saúde que articula o hospital, até então aceito como modelo hegemônico, como integrante da organização sanitária, que deve funcionar em sistema de rede, onde estão presentes serviços que vão da menor complexidade até o da maior complexidade.

Para a rede funcionar de acordo com a realidade e anseios dos grupos populacionais de cada região considera-se importante a realização de estudos prévios sobre:

- Indicadores epidemiológicos;
- Aspectos socioeconômicos;
- Estrutura dos serviços;
- Modalidades de tratamento.

Hoje, está bastante claro que os principais determinantes de saúde da população estão fora do sistema sanitário, sendo mais coerente investir em saneamento, acesso universal à água potável, conservação do ambiente e boa higiene, do que na construção de hospitais ou na pesquisa de novas moléculas.

O cliente do sistema de saúde é a comunidade, permanecendo a relação profissional de saúde-paciente como pano de fundo.

Neste contexto, a internação hospitalar clássica tornou-se apenas uma das modalidades disponíveis de tratamento. O atendimento ambulatorial está sendo bastante valorizado por melhorar a qualidade do atendimento, reduzir riscos para o usuário e diminuir custos. Outras modalidades de atendimento têm sido encontradas nos sistemas de saúde no Brasil e outros países da América Latina.

QUADRO III. PRINCIPAIS MODALIDADES DE ATENDIMENTO À SAÚDE DENTRO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E OUTROS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

MODALIDADES DE ATENDIMENTO À SAÚDE	FUNCIONAMENTO
01. Cirurgia ambulatorial ou cirurgia-dia	- O usuário é submetido a um procedimento cirúrgico de baixa complexidade e retorna para casa no mesmo dia que chega ao hospital. Ex: algumas cirurgias oftalmológicas.
02. Hospital-dia	- O usuário recebe alguns tratamentos no hospital durante o dia sem ocupar um leito Ex: unidades de hemodiálise, salas de medicina em reabilitação física e centros de reabilitação para portadores de transtornos mentais.
03. Internação de longa permanência	- O usuário tem atendimento em que predominam os cuidados de enfermagem. Ex: usuário idoso com problemas de saúde.
04. Internação de curta e média permanência	- O usuário que necessita de intervenções que envolvem apoio médico, de outros profissionais da saúde e suporte tecnológico é atendido no hospital e utiliza leito por um ou mais dias. Ex: cesáreas e tratamentos que necessitem de cuidados mais prolongados.
05. Internação domiciliar (<i>home care</i>)	- O usuário é atendido em casa com apoio médico, de outros profissionais e tecnológicos semelhantes ao que receberia na internação de um hospital. Ex: cuidados paliativos e de tratamentos de dor.
06. Centros ambulatoriais de especialidades médicas	- O usuário que necessita de cuidados intermediários entre nível primário e de atenção hospitalar, ou seja, de nível secundário, é atendido nos centros ambulatoriais de especialidades médicas, anexos aos hospitais e constituídos por conjunto de consultórios médicos.
07. Centros de Diagnóstico e	- O usuário que necessita de tratamentos altamente resolutivos para diferentes

Tratamento (CDTs)	especialidades permanece nos CDTs, que possuem leitos e recursos tecnológicos sofisticados para diagnósticos. Ex: unidade de tratamento para oncologia. Obs: Não são intermediários entre internação e nível primário devido à complexidade dos tratamentos que oferecem.
08. Centros de Referência de Saúde (CRSs)	- O usuário é atendido nos CRSs, considerados de menor complexidade do que os CDTs, porque só oferecem especialidades médicas básicas: pediatria, medicina interna, cirurgia, ginecologia e obstetrícia.
09. Atenção de Urgência (definida pela subjetividade do paciente) e Emergência (definida por critérios médicos)	- O usuário é atendido em uma unidade de saúde que pode ter vários níveis de complexidade (intramuros) ou por uma equipe especializada que vai até o local onde ele encontra-se (extramuros). Essa última modalidade de atenção também é conhecida como pré-hospitalar.

FONTE: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A TRANSFORMAÇÃO DA GESTÃO DE HOSPITAIS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE. BRASÍLIA, OPAS/OMS; 2004.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília, OPAS/OMS; 2004.

CAP. V. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS)

A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu uma radical transformação do sistema de saúde. Na época, havia consenso na sociedade brasileira que o sistema em vigor não atendia às necessidades da população.

QUADRO IV. ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE SAÚDE ANTERIOR AO SUS

ÁREA	ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE SAÚDE ANTERIOR AO SUS
Saúde da população	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde da população caracterizada por diferentes patologias, condicionada pelo pouco desenvolvimento social e econômico do país - Baixa cobertura da assistência da população, com grupos de excluídos, principalmente entre os mais pobres e de regiões carentes
Finanças	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos financeiros insuficientes para os gastos, se comparados com outros países
Política	<ul style="list-style-type: none"> - População sem possibilidade de participar na formulação da gestão das políticas de saúde
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa qualidade dos serviços oferecidos, tanto na infra-estrutura como em recursos humanos - Enorme insatisfação e preocupação da população com os serviços de saúde
Satisfação profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro de insatisfação dos profissionais da saúde devido à falta de política adequada de recursos humanos e aos baixos salários
Gestão Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de saúde caracterizado pela sobre oferta de serviços em algumas regiões e carência em outras - Desperdício de recursos alocados para a saúde

	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de clareza nas competências dos órgãos e instâncias político-administrativas do sistema - Descompasso na atuação dos setores público e privado - Ausência de critérios e transparência dos gastos públicos - Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços
--	--

Frente à situação descrita no quadro acima foi proposto um sistema único de saúde com as seguintes características:

- Que tivesse a mesma doutrina e aspectos organizacionais em todo o território nacional.
- Sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.
- Que desenvolvesse práticas em saúde de promoção, proteção e recuperação, conforme conceituadas no quadro abaixo.

QUADRO V. PRÁTICAS E DEFINIÇÕES EM SAÚDE

PRÁTICAS EM SAÚDE	DEFINIÇÕES
Promoção	<ul style="list-style-type: none"> - São as ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, geralmente intervindo em esferas ligadas à vida da população. Ex: ações em meio ambiente, habitação e educação.
Proteção	<ul style="list-style-type: none"> - São as ações que procuram prevenir riscos e exposições das doenças atuando mais diretamente na vida das pessoas com o objetivo de manter o estado de saúde. Ex: ações de imunização, vigilância à saúde e sanitária.
Recuperação	<ul style="list-style-type: none"> - São as ações que evitam mortes e seqüelas das pessoas quando já estão com quadro patológico instalado. Ex: atendimento médico, tratamento e reabilitação para portadores das diversas patologias.

--	--

O SUS foi regulamentado pela Lei Nº 8.080/90 com os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade.

QUADRO VI. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS E DEFINIÇÕES

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS	DEFINIÇÕES
Universalidade	<ul style="list-style-type: none"> - É o direito de atendimento de saúde para todas as pessoas, independente de cor, raça, local de moradia, situação de emprego, renda ou outros aspectos.
Eqüidade	<ul style="list-style-type: none"> - É o direito de igualdade de todos perante o SUS. Devem ser atendidos conforme suas necessidades, mas os serviços de saúde devem saber quais as diferenças de necessidade dos grupos da população, atuar sobre essas diferenças oferecendo a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> - É o direito de atendimento em saúde, dentro de uma abordagem holística, que considera os aspectos biológicos, psicológicos e sociais e não somente objetiva a resolução da doença.

Já os princípios organizacionais do SUS são regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos (controle social) e complementaridade do setor privado.

QUADRO VII. PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS E DEFINIÇÕES

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS	DEFINIÇÕES
Regionalização e Hierarquização	<ul style="list-style-type: none"> - Caminho que a população deve percorrer para ter acesso aos serviços de saúde e resolver os seus problemas, indo dos de menor complexidade para os de maior, na seguinte lógica: <ul style="list-style-type: none"> a) Nível primário: qualificado para atender os principais problemas da população, ou seja, cerca de 80% (Unidades Básicas de Saúde). b) Nível secundário: qualificado para atender problemas de maior complexidade que os anteriores, ou seja, 15% (Centros de Especialidades). c) Nível terciário: qualificado para atender os casos mais complexos, ou seja, 5% (Hospitais de Referência).
Resolubilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação que um serviço de saúde deve possuir, quando procurado para resolver um problema de saúde, dentro de sua complexidade.
Descentralização	<ul style="list-style-type: none"> - Redefinição das atribuições das três esferas de governo, segundo a lógica de que a esfera mais próxima dos problemas da população, que é o município, deve ter poder de decisão para a resolução dos problemas locais de saúde (municipalização).
Participação dos cidadãos: controle social	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia constitucional que a população participe do processo de formulação das políticas de saúde e controle da execução nas três esferas

	<p>autônomas de governo, através de entidades representativas nos Conselhos de Saúde, de forma paritária e deliberativa, tais como, usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo.</p> <p>Obs: As estâncias máximas de deliberação são as Conferências de Saúde (nas três esferas de governo) que devem realizar-se, periodicamente, para definir linhas de ação e prioridades para a saúde.</p>
Complementaridade do setor privado	<ul style="list-style-type: none"> - Permissão dada para o poder público, na ausência de suficiência financeira, para contratar serviços privados sob três condições: <ul style="list-style-type: none"> a) Com contrato conforme normas de direito público. b) Com a instituição privada de acordo com normas técnicas e princípios básicos SUS. c) Com os serviços privados seguindo a lógica SUS: rede regionalizada e hierarquizada. <p>Obs: Os serviços privados não lucrativos têm prioridade sobre os de finalidade lucrativa.</p>

Em resumo, o modelo de sistema único de saúde (SUS) proposto para o nosso meio é universal, humanizado e de qualidade, tendo recebido elogios de inúmeros países. No entanto, embora tenha obtido algumas conquistas desde que foi criado, enfrenta grandes dificuldades para a sua efetivar sua total implantação.

QUADRO VIII. CONQUISTAS DO SUS

ÁREA	CONQUISTAS DO SUS
Saúde da população	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da extensão da rede de atenção básica. - Conta com um dos maiores programas público de imunização do mundo. - Tem um programa de controle da AIDS mundialmente reconhecido.
Quadro social	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento na inclusão social.
Política	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de pacto federativo altamente adequado à realidade de uma sociedade caracterizada pelas desigualdades sociais e regionais.
Satisfação profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação profissional com a proposta e os avanços do SUS.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Aprimoramento da técnica de gestão pública em saúde nos nível local, regional e central. - Avanços na produção e produtividade.

FONTE: FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. RIO DE JANEIRO, REVISTA RADIS, Nº 49, 2006.

QUADRO IX. DIFICULDADES DO SUS

ÁREA	DIFICULDADES DO SUS
Saúde da população	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de doenças de perfil epidemiológico contemporâneo, possíveis de serem prevenidas, com quadro inalterado ou em elevação. - Doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e precoces. - Presença de mortes evitáveis. - Realização de altíssimo percentual de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos e encaminhamentos desnecessários, apesar dos conhecimentos e técnicas já disponíveis.
Quadro social e econômico	<ul style="list-style-type: none"> - Sociedade desigual, injusta, cada vez mais violenta, onde o outro é percebido como ameaça (falta de cultura de paz e justiça social). - Padrões de saúde em descompasso com o desenvolvimento científico-tecnológico, cultural e político. - Subordinação dos interesses da população aos interesses econômicos das indústrias de equipamentos, de insumos, de prestadoras de serviços, de grupos corporativos e da burocracia governamental. - Profunda precariedade nas condições de trabalho do profissional da área da saúde.
Finanças	<ul style="list-style-type: none"> - Subfinanciamento desde sua implantação. - Falta de medição no impacto do setor saúde na economia brasileira, apesar desse setor gerar empregos e movimentar parcela considerável do Produto Interno Brasileiro (PIB).
Política	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde visualizada pelos governantes como gasto e não como investimento na melhoria da qualidade de vida da população.

	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca participação efetiva da sociedade civil e Conselhos de saúde. - Falta de canais de interação efetivos com a mídia que permitam divulgar a concepção de modelo ampliado em saúde. - Ausência de oportunidade da defesa de modelo ampliado em saúde. - Ausência de oportunidade da defesa dos sistemas de saúde universais no âmbito internacional.
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da população sobre a assistência à saúde com sendo de baixa qualidade, principalmente devido às dificuldades de acesso e ao atendimento indigno efetuado pela rede de serviços de saúde, tais como: filas desde a madrugada para pegar senha para o atendimento, passagens por triagens, locais de espera desconfortáveis, deslocamento de um estabelecimento para outro para exames e retirada de medicação.
Mercado em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na relação com o setor privado suplementar: na regulação das condições de trabalho profissional, na produção de serviços e garantia de coberturas contratuais. - Luta pela democratização ao acesso aos medicamentos produzidos por empresas multinacionais.
Satisfação profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfação com as condições de trabalho e remuneração.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de alguns governos e gestores de saúde em assumir modelos atuais e adequados de gestão.

Para que o SUS possa ser definitivamente implantado no país, conforme idealizado, algumas estratégias foram sugeridas por estudiosos dos seus problemas.

QUADRO X. ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS FUNDAMENTAIS E PLANOS DE AÇÃO PERTINENTES, PARA IMPLANTAÇÃO DEFINITIVA DO SUS UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE

ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS	PLANOS DE AÇÃO
01. Romper o isolamento do setor saúde	01. Implementação de mecanismos que garantam a existência real da Seguridade Social, ação a ser realizada, em conjunto, pelo Governo Nacional, Congresso e Justiça. 02. Rompimento de modelos de gestão ultrapassados por governos locais e regionais. 03. Construção de canais de interação com a mídia para divulgação da concepção ampliada da saúde. 04. Ampliação no âmbito internacional de intercâmbio de experiências e divulgação do modelo SUS.
02. Estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos usuários	01. Consideração no Planejamento Estratégico de cada região de ações e serviços de saúde de acordo com o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. 02. Divulgação do Planejamento Estratégico de cada região enfocando direitos e permitindo controle popular e representativo. 03. Normatização da responsabilidade sanitária dos governantes, dos trabalhadores da saúde e dos usuários. 04. Cobrança por usuários da qualidade dos serviços prestados dentro das possibilidades de cada serviço. 05. Responsabilização pelas organizações de saúde por segurança e saúde do trabalhador.
03. Intensificar a participação e o controle social	01. Fortalecimento da participação dos usuários nos Fóruns realizados na área da saúde.

	02. Generalização no sistema de saúde de mecanismos de participação individual na área hospitalar: ouvidorias, disque-saúde e pesquisas sistemáticas de satisfação.
04. Aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde	01. Priorização da atenção primária. 02. Disponibilização de práticas interativas, mais holísticas à população. 03. Humanização dos cuidados, indo desde o respeito no atendimento na recepção até limpeza e conforto nos ambientes das organizações de saúde. 04. Divulgação e implementação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 05. Utilização do cartão SUS como instrumento de garantia ao acesso ao atendimento. 06. Investimento nas ações de garantia de atendimento integral, particularmente a farmacêutica básica.
05. Formar e valorizar os trabalhadores da saúde	01. Investimento em ações que evitem a precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho dos trabalhadores da saúde. 02. Investimento em ações que possibilitem o equilíbrio entre as necessidades SUS e educação para a formação técnica, profissional e de especialização na área da saúde. 03. Asseguramento de autonomia nas três esferas de governo para criar condições de atrair e fixar equipes de saúde em regiões de responsabilidade de todos os níveis do sistema. 04. Implementação de mecanismos que garantam que os cargos de confiança sejam substituídos por quadros técnicos e administrativos de carreira, necessários à estabilização e qualificação da gestão SUS. 05. Adoção de políticas públicas de gestão de trabalho que considerem necessidades regionais e possibilitem progresso profissional associado a tempo de serviço,

	qualificação e resultados no trabalho desempenhado.
06. Aprofundar o modelo de gestão	<p>01. Criação de mecanismos que exijam a definição de prioridades e metas por gestores ao fazer o planejamento efetivo e a responsabilização por sua execução</p> <p>02. Implementação de reforma administrativa que atenda às especificações dos princípios e das organizações SUS e permita agilidade e eficiência de decisões, publicamente éticas e responsáveis.</p> <p>03. Autonomia gerencial das unidades de saúde.</p>
07. Aumentar a transparência e controle dos gastos	<p>01. Alocação de recursos e critérios de gastos transparentes e passíveis de controle da população.</p> <p>02. Utilização de recursos que impeçam corrupção em todos os níveis de governo, como exemplo, pregões acompanhados pelo povo.</p> <p>03. Afinação do trabalho compactuado entre Procuradoria Geral da União e Tribunais de Contas com objetivo de impedir ações de corrupção.</p> <p>04. Desenvolvimento de políticas e instrumentos efetivos de combate a qualquer forma de corrupção, prevaricação ou mau uso dos recursos públicos em saúde. Para tal, criar instância que congregue gestores públicos, Procuradoria, Tribunais, Ministério Público, Legislativo e organizações da sociedade civil.</p>
08. Ampliar a capacidade de regulação do Estado	<p>01. Atuação do poder público na regulação de mecanismos que preservem direitos dos consumidores dos planos e seguros de saúde e de eliminação de interferências das empresas privadas no sistema público.</p> <p>02. Estreitamento da convivência das instituições públicas e privadas em função</p>

	<p>dos direitos e necessidades da população usuária, embasado no princípio constitucional que prevê o caráter complementar dos serviços privados de saúde.</p> <p>03. Estimulação às empresas privadas de saúde a participarem efetivamente do esforço para construção de sistemas regionalizados em atendimento às necessidades da população.</p> <p>04. Estabelecimento de tabelas de remuneração de procedimentos compatíveis com os gastos profissionais e dos serviços para assegurar a qualidade da assistência prestada.</p> <p>05. Adoção de critérios de ingresso nos serviços de saúde vinculados ao SUS baseados na condição clínica dos usuários e não na capacidade de pagamento.</p> <p>06. Exigência da observância dos mesmos padrões de assistência de casos com diagnóstico similar para todos os usuários dos serviços vinculados ao SUS.</p>
09. Superar a insegurança e o subfinanciamento	<p>01. Manutenção dos recursos financeiros previstos no orçamento público para o setor saúde sem possibilidade de redução por parte dos governantes, com a finalidade de dar a segurança aos gestores de que o planejamento e execução dos programas elaborados serão totalmente executados.</p> <p>02. Aprofundamento de debate aberto e transparente quanto à possibilidade de redução ou eliminação de benefícios sociais ante o alegado desequilíbrio financeiro da Previdência Social (existem dados que apontam para a evasão de receitas sociais para outros fins, a evasão de contribuições e a falta da inclusão providenciária de milhões de trabalhadores cujo trabalho não tem amparo legal).</p> <p>03. Introdução de estudo da forma de aumentar percentual de recursos financeiros federais destinados à saúde uma vez que eles são</p>

	insuficientes para cobrir as necessidades básicas da população.
--	---

FONTE: FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. REVISTA RADIS, Nº 49, 2006.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. SUS PRA VALER: universal, humanizado e de qualidade. Revista RADIS: comunicação em saúde, nº 49 (FIOCRUZ), 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da saúde, 2006. Disponível em: [pt..wikipedia.org./wiki/Sistema_Único_de_Saúde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_Único_de_Saúde).

CAP. VI. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O Ministério da Saúde (MS) em maio de 2000 cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento na saúde que apoiasse a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados através do aprimoramento das relações entre:

- Trabalhadores da saúde;
- Usuários e profissionais;
- Hospitais e comunidade.

Naquele momento, ao fazer a análise do Sistema Único de Saúde (SUS), criado poucos anos antes, uma situação alarmante foi detectada levando o MS à compreensão de que a oficialização do SUS foi apenas o começo para resolver os problemas de saúde da população, pois havia um quadro com fortes contradições:

- Acesso, aos serviços e bens de saúde, caracterizado por profunda desigualdade socioeconômica;
- Graves lacunas nas necessidades dos usuários;
- Trabalhadores da saúde bastante desvalorizados;
- Expressiva precarização nas relações de trabalho;
- Baixo investimento nos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde;
- Pouca participação dos trabalhadores da saúde e usuários na gestão dos serviços de saúde;
- Vínculo frágil das organizações de saúde com os usuários;
- Modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu processo de trabalho;
- Pouco compromisso e co-responsabilização na produção da saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Grande despreparo dos profissionais para lidar com as questões subjetivas que toda prática de saúde pressupõe, ou seja, olhar cada pessoa em sua história de vida e como sujeito de um coletivo;
- Incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes;
- Aumento no processo de descentralização da atenção nas ações visando integralidade, universalidade equidade.

A partir de 2003, o MS transforma o PNHAH em política, com o nome de Política Nacional de Humanização (PNH), que deve estar presente em todas as ações da saúde como diretriz transversal e favorecer, entre outros, a troca e construção de saberes, o diálogo entre

profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

A humanização da assistência é entendida pelo MS como “o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos” e “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho”.

Alguns princípios norteadores da política da humanização da assistência são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização;
- Estímulo aos processos comprometidos com a produção de saúde e com produção de sujeitos;
- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, objetivando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- Atuação em rede, com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
- Utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos.

As quatro metas (marcas) escolhidas para serem atingidas em médio prazo são:

- Todo usuário do SUS deve saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.
- As unidades de saúde devem garantir os direitos do usuário (Código de Direitos do Usuário) e possibilitar o acompanhamento por seus familiares.
- Deve haver redução de filas com avaliação de riscos, agilidade e acolhimento.
- As unidades de saúde devem garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários.

Para implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) entende-se que existe a necessidade de estratégias gerais, composta por eixos, que possibilitem a apropriação dos resultados pela sociedade.

QUADRO XI. EIXOS COMPONENTES DAS ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PNH E SEUS MODOS DE OPERACIONALIZAR

EIXOS	MODOS DE OPERACIONALIZAR O PNH
Financiamento	- Através da integração de recursos vinculados aos programas específicos de humanização e outros subsídios (adesão com compromisso dos gestores)
Instituições do SUS	- Através dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos
Educação Permanente	- Através do conteúdo profissionalizante na graduação, especialização e outros cursos
Mídia	- Através do debate orgânico da saúde: discurso social amplo
Atenção	- Através da ampliação da atenção integral à saúde
Gestão da política	- Através de sistemática de acompanhamento e avaliação estimulando pesquisa relacionada ao tema humanização.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (ON-LINE). POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2003. DISPONÍVEL EM: WWW.SAÚDE.GOV.BR/

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). Política Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília, Ministério da saúde; 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/

CAP. VII. O USUÁRIO SUS: A ASSISTÊNCIA QUE SE PRETENDE

Quando se faz a leitura dos capítulos anteriores do livro, o perfil da população usuária do sistema de saúde vai sendo delineado, o que torna repetitivo abordar novamente os problemas que a mesma enfrenta para manter-se saudável e com qualidade de vida adequada.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) assinado em 2005, pelo Ministro da Saúde, estabelece as principais metas para o período 2004-2007, prioriza os grupos populacionais que considera de risco, assim como define estratégias, medidas e ações para atingir as suas metas:

QUADRO XII. GRUPOS HUMANOS PRIORIZADOS PARA ATENÇÃO NO PNS (2004-2007), MEDIDAS E AÇÕES PARA ATINGIR AS METAS

GRUPOS HUMANOS PRIORIZADOS PARA ATENÇÃO NO PNS (2004-2007)	MEDIDAS E AÇÕES PREVISTAS PARA FAVORECER OS GRUPOS POPULACIONAIS PRIORIZADOS
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de bancos de leite humano e da coleta - Estímulo ao aumento de hospitais "Amigo da Criança" - Aumento de fornecimento de surfactante pulmonar para ser utilizado em neonatologia - Uso do programa "Bolsa da Família" para realizar vigilância do estado de nutrição, cobertura por vacinas e desenvolvimento global infantil - Diminuição da mortalidade
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Uso do "Programa Saúde da Família" para acompanhar o desenvolvimento global e a cobertura por vacinas do adolescente
Mulheres	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da taxa de mortalidade materna - Aumento ao acesso de laqueadura e vasectomia - Diminuição da taxa de cesárea - Aumento no acompanhamento da gestante - Diminuição taxa de complicações do aborto - Aumento do controle da AIDS

	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso à reconstrução mamária
Idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da taxa de cobertura de vacinas
Índios	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da cobertura de vacinas previstas no calendário do índio - Diminuição da taxa de mortalidade infantil - Aumento nos programas de nutrição - Aumento na atenção da saúde da mulher índia - Aumento no combate da tuberculose e malária
Negros	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação de profissionais para atenção às peculiaridades da saúde do negro - Maior atenção à anemia falciforme e hemoglobinopatias
Famílias	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do número de programas "Saúde da Família"
Moradores do campo	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção ao idoso - Aumento da prevenção do uso de álcool e outras drogas - Aumento do acesso dos quilombolas aos serviços de saúde
Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da atenção às doenças relacionadas ao trabalho
Desnutridos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de ações de monitoramento da situação nutricional dos municípios - Monitoramento do fortalecimento das farinhas de trigo e milho - Monitoramento do fornecimento de nutrientes aos grupos de maior risco
Portadores de transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão de modalidades de serviço extra-hospitalar

	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de ações de prevenção do uso de álcool e outras drogas - Aumento nos programas de reabilitação psicossocial aos egressos de longa internação (Ex: "De volta para Casa")
Portadores de transtornos deficiências	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de unidades de reabilitação
Presidiários	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da instrumentalização e capacitação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para ações de combate aos riscos de saúde no sistema carcerário

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (ON-LINE). PORTARIA N. 2.607 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004. PLANO NACIONAL DE SAÚDE/PNS. BRASÍLIA; 2004. DISPONÍVEL EM: WWW.SAUDE.GOV.BR/

QUADRO XIII. PRIORIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA (PERÍODO 2004-2007)

PRIORIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	MEDIDAS E AÇÕES
Atenção à saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição de kits de higiene bucal - Implantação de centros de especialidade - Ampliação da capacidade assistencial
Controle de hanseníase e tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de programas de combate às referidas doenças
Combate às doenças crônicas não transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de programas de combate ao câncer
Combate às doenças transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento ao combate às doenças transmitidas por vetores (dengue, malária) - Aumento ao combate de doenças

	sexualmente transmissíveis: AIDS e hepatite B.
Incremento do Sistema de Transplante de Orgãos	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento na capacitação de profissionais - Estimulo às doações
Produção de hemoderivados, imunobiológicos, fármacos e insumos estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de fábricas de fracionamento do plasma sanguíneo - Estruturação de serviços de hemoderivados - Aumento da fabricação de medicamentos - Atenção para as especificidades e prioridades regionais - Aumentar medidas que favoreçam a redução de preços
Reestruturação da rede de atenção às urgências	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo, avaliação e propostas de protocolos relativos às principais patologias associadas à morte súbita - Capacitação de recursos humanos, principalmente para usar recursos tecnológicos adequados (desfibriladores e outros) - Aumento da implantação de componentes pré-hospitalares
Aprimoramento da qualidade de assistência prestada por planos de saúde privados	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à integração do setor de saúde suplementar ao setor público garantindo a qualidade de atenção aos usuários SUS e a sua consolidação - Estimulação das perspectivas de promoção e prevenção na saúde suplementar - Aperfeiçoamento de mecanismos de controle de qualidade e cobertura da assistência
Implantação do	

serviço civil profissional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e aprovação do projeto civil profissional em saúde
Aumento de farmácias populares	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do número de farmácias populares - Ampliação ao acesso de medicamentos através de preços reduzidos
Redução da morbimortalidade devido à violência	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão aos projetos de redução da morte por acidentes de trânsito e prevenção da violência em grandes cidades
Incremento na atenção pré-hospitalar móvel	<ul style="list-style-type: none"> - Instalação de mais serviços em outras cidades brasileiras além daquelas que já têm - Aquisição de mais ambulâncias com suporte básico de vida e suporte avançado
Aumento na atenção da assistência domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de mais equipes especializadas em fornecer atenção domiciliar
Atenção aos trabalhadores da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de observatórios de serviços de recursos humanos em saúde - Desprecarização do trabalho dos agentes comunitários - Aumento do número de residências (cursos de especialização) para profissionais capacitados em formular políticas de saúde em áreas técnicas específicas dos estados e municípios - Estruturação de Pólos de Educação Permanente em Saúde - Aumento de cursos de pós-graduação - Aumento da capacitação de

		<p>trabalhadores de nível técnico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitação de profissionais para promoção dos princípios da educação popular em saúde
Investimento em saneamento ambiental		<ul style="list-style-type: none"> - Controle da Doença de Chagas e endemias - Promoção de ações de saneamento básico em áreas rurais e especiais (quilombos, assentamentos, reservas extrativistas e comunidades de índios)

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (ON-LINE). PORTARIA N. 2.607 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004. PLANO NACIONAL DE SAÚDE/PNS. BRASÍLIA; 2004. DISPONÍVEL EM: WWW.SAUDE.GOV.BR/

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (on-line). Portaria n. 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Plano Nacional de Saúde/PNS. Brasília; 2004. Disponível em: www.saude.gov.br/

CAP. VIII. O TRABALHADOR DA ÁREA DA SAÚDE

Os estudiosos dos problemas relacionados à força de trabalho da área da saúde têm abordado com preocupação as questões relativas a esse segmento. No Brasil, o trabalhador da área da saúde tem sido percebido, basicamente, sob dois enfoques: parte das causas dos problemas no setor saúde ou como prejudicado pelo sistema de saúde.

- a) Como parte das causas dos problemas no setor saúde, devido:
 - A formação reducionista (biológica e positivista) sem preparo para atuar considerando todas as dimensões do ser humano e propostas do SUS;
 - Ao despreparo para lidar com os aspectos subjetivo e social do usuário;
 - Ao estabelecimento de relações de classe com o usuário SUS, prejudicando o atendimento prestado. Tal situação é atribuída principalmente ao profissional de nível universitário.

- b) Como prejudicado pelo sistema de saúde devido:
 - Ao recebimento de baixos salários e falta de planos de carreiras adequados nas organizações;
 - A falta de preocupação dos órgãos formadores e organizações de trabalho para prepará-lo para atuar de maneira holística junto ao usuário;
 - Aos esquemas massacrantes de trabalho, o que significa, entre outros: longas jornadas e grande carga de trabalho, rodízios de turnos e local de atuação, divisão do trabalho por tarefas e necessidade de mais de um emprego para poder sobreviver;
 - Ao desgaste sofrido pela exposição ao sofrimento e falta de suporte para lidar com os problemas enfrentados pela população: dor, morte e miséria;
 - Ausência de oportunidade de usufruir momentos de descontração e lazer como mecanismos compensatórios ao desgaste físico e emocional.

PITTA (2003), em seu clássico livro "Hospital: dor e morte como ofício", analisa o contexto da vida dos trabalhadores da saúde no Brasil e chama a atenção para as relações que estabelecem entre si, o ambiente em que trabalham e os sentimentos desencadeados pelo contato cotidiano com a dor e a morte, concluindo que existe sofrimento no desempenho de suas profissões.

Formalmente, existem diretrizes para adoção de medidas básicas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores das organizações de

saúde e outros que desempenham atividades relacionadas à promoção e assistência em saúde.

Na Norma Regulamentadora N° 32 (NR 32), publicada em 2005, pelo Ministério do Trabalho e Emprego, foi considerado que esses trabalhadores estão expostos:

a) Aos riscos biológicos, por entrar em contato com microorganismos, culturas de células, parasitas, toxinas e príons;

b) Aos riscos químicos, por manipular ou trabalhar com produtos químicos;

c) Aos riscos provocados por radiações ionizantes, quando desempenham atividades em áreas que utilizam esse tipo de radiação;

d) Ao risco de acidentes ou contrair doenças, pelo eventual contato com os diferentes resíduos produzidos nas organizações de saúde.

A NR 32 orienta que os empregadores devem manter condições de conforto para refeições, climatização adequada nos diferentes ambientes de trabalho, equipamentos de proteção individual (EPIS), além de fornecer capacitação para alguns grupos específicos de trabalhadores, como exemplo, os que têm contato com agentes biológicos, os que trabalham nas áreas de limpeza e conservação e os que utilizam máquinas e equipamentos nos setores de Manutenção e Reparos.

Por parte do Ministério da Saúde (MS) percebe-se motivação em capacitar e desenvolver a força de trabalho, mas pouca preocupação em melhorar salários, carreiras ou investir, realmente, na saúde e qualidade de vida do trabalhador. A saúde e a qualidade de vida do trabalhador apresentam-se sob um panorama preocupante, que mereceria estudos aprofundados e medidas efetivas por parte deste órgão.

No século XX, Christophe Dejours, estudioso dos problemas do trabalhador, mostrou como a pessoa pode sofrer e adoecer ao desempenhar as atividades laborais em condições não adequadas.

a) CHRISTOPHE DEJOURS

DEJOURS (1992) conceitua como psicopatologia do trabalho a disciplina que investiga as estratégias encontradas pelo trabalhador para manter o equilíbrio psíquico ao enfrentar situações de trabalho causadoras de sofrimento.

A partir da década 1980, a psicopatologia do trabalho comprovou de modo mais consistente que o sofrimento do trabalhador e seu conseqüente adoecer podem originar-se na estrutura organizacional do trabalho. A interferência das más condições físicas, biológicas, químicas e psicológicas, o modo como o trabalho é organizado e as relações

estabelecidas pelas pessoas no ambiente de trabalho são as principais causas. Abaixo alguns aspectos apontados por Dejours:

QUADRO XIV. FUNDAMENTAÇÃO PARA O SOFRIMENTO NO TRABALHO SEGUNDO DEJOURS (1992)

ASPECTOS ORGANIZAÇÃO TRABALHO	NA DO	FUNDAMENTAÇÃO
A organização científica do trabalho		- A separação entre concepção e realização do trabalho, onde o trabalhador só atua em uma das etapas da atividade pode levar ao alienamento, vindo a causar erros na execução e desmotivação na realização da tarefa, pois a pessoa não conhece e reflete sobre todo o processo de produção de trabalho.
Relação entre produção econômica e sofrimento		- O desenvolvimento da atividade laboral tem como ponto de partida as necessidades econômicas, pois o trabalho representa o "status" da pessoa e seu valor é condicionado aos bens e serviços que produz para a sociedade de consumo, onde o trabalhador produz incessantemente bens e serviços que prometem felicidade, são consumidos rapidamente e até desperdiçados. Esse paradoxo entre o mundo externo, fora das organizações, que promete felicidade à sociedade e o mundo interno, dentro das organizações, onde com frequência está o trabalhador insatisfeito pode causar o adoecimento.
Relação entre organização do trabalho e sofrimento		- A divisão do trabalho, o modo de desenvolver as tarefas, as relações de poder e comando, o sistema hierárquico, os objetivos e metas estabelecidos pela organização podem afetar o trabalhador, principalmente quando o ritmo de trabalho e a cobrança, por parte de chefias, é muito grande. Como consequência, surgem alterações de comportamento,

	diminuição de produtividade, queda da qualidade do trabalho, alta rotatividade e absenteísmo no trabalho.
--	---

O trabalhador, frente ao sofrimento, desenvolve estratégias de defesa, como por exemplo:

- Repressão: significa não pensar sobre as questões do sofrimento no trabalho. Ela faz com que a pessoa procure manter-se ocupada, seja com atividades domésticas ou com outra jornada de trabalho, anestesiando-se. A permanência nessa situação promove o embotamento do aparelho psíquico onde, aparentemente, não há sofrimento. Com o tempo, podem surgir sintomas psíquicos, somáticos ou agravamento de condições patológicas preexistentes.
- Consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas: o uso dessas drogas é utilizado para diminuir a ansiedade e o medo.
- Enaltecimento da coragem através de ações e palavras: neste caso, o grupo exposto ao sofrimento ou riscos no trabalho cria provas ou testes de resistência, principalmente para os iniciados e as exaltações da força física, da resistência à dor e da invulnerabilidade.

O trabalhador que está sofrendo por questões do trabalho não consegue desenvolver o seu potencial na organização e desempenhar o papel esperado nas relações familiares e sociais, podendo partir para atitudes agressivas e violentas.

Dejours alerta que, geralmente, as causas de descompensação do trabalhador não são procuradas na organização. O servidor é encaminhado para os serviços de saúde, onde costuma ser medicado e licenciado. Essa pseudo-solução desloca o conflito homem-trabalho para o campo da medicalização, desqualificando o sofrimento da pessoa.

Para o autor, existem maneiras de trabalhar o sofrimento nas organizações, sendo uma delas a estratégia que denomina "espaço das palavras", onde o trabalhador é levado a perceber o seu real papel no trabalho e valorizá-lo. Essa estratégia deve ser edificada a partir de uma ação gerencial dialógica, que tem como princípios a democratização, a boa relação entre subordinados e superiores, a maior autonomia dos trabalhadores em relação às normas da organização e outros.

As pesquisas da área da psicopatologia do trabalho relacionam qualidade, saúde e segurança do trabalho. A qualidade aumenta quando há prazer do trabalhador em realizar sua tarefa. A segurança e saúde são melhores quando organização e trabalhador se preocupam

com as questões de saúde ocupacional e riscos nos ambientes de trabalho.

A incumbência de trabalhar o sofrimento nas organizações tem que ser assumida por políticos, empresários e pelos próprios trabalhadores.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. São Paulo, Cortez; 1992.

MELLO, IM. A loucura do trabalho: algumas questões para se refletir a respeito dos trabalhadores da enfermagem psiquiátrica. Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v.2, n.3 e 4, 1998.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora Nº 32. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo, Hucitec: Anablume, 2003.

CAP. IX. AS INTERFACES DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

a) OS MOVIMENTOS DE QUALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

Sabe-se que qualquer organização de saúde tem o desafio de conseguir uma gestão que satisfaça propósitos institucionais, considerando a própria organização e os condicionantes externos.

O usuário de nossos dias torna-se, gradativamente, mais consciente e exigente de seus direitos e das obrigações da organização de saúde, enquanto para a mesma existe o custo crescente para oferecer assistência de qualidade. Em algumas situações há excesso de oferta de serviços, o que obriga principalmente as entidades privadas a avaliar a questão da competitividade no mercado.

As organizações da América Latina, embora de maneira tímida, vêm tomando consciência da necessidade de uma gestão (gerência ou administração) de qualidade que as ajude a resolver os problemas apontados.

QUADRO XV. ALGUNS MODELOS DE GESTÃO (GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO) COM ENFOQUE EM QUALIDADE

MODELOS	COMO FUNCIONAM
01. Controle da qualidade	- Procura manter a conformidade de um bem ou serviço com normas estabelecidas. O método foi preconizado por DEMING (1990) que orienta percorrer o ciclo do planejar, fazer, controlar e atuar, ou mais especificamente: a) Prever o que será feito; b) Escrever o que é previsto; c) Fazer o que está escrito; d) Controlar e corrigir as disparidades; e) Registrar por escrito.
02. Garantia da qualidade	- Utiliza o mesmo modelo anterior mas procura garantir a sua adequação por um controle externo: fiscalização, certificação ou acreditação.
03. Gestão ou Gerência para a qualidade	- Preconiza a gestão (gerência ou

	administração) centrada na qualidade: participação de todos os integrantes da organização, trabalho a médio prazo, e satisfação do usuário, da força de trabalho, dos parceiros e da sociedade.
--	---

O Doutor Avedis Donabedian, pessoa reconhecida mundialmente quanto aos conhecimentos na área da qualidade em saúde define: "Qualidade em saúde é conseguir os maiores benefícios, com os menores riscos possíveis para o paciente, dado alguns recursos". (DONABEDIAN, 1980)

QUADRO XVI. DIMENSÕES E SIGNIFICADOS DA QUALIDADE EM SAÚDE

DIMENSÕES	SIGNIFICADOS
01. Técnica	- Avalia a melhor aplicação do conhecimento e tecnologia disponível em favor do usuário.
02. Segurança	- Considera os riscos que os serviços prestados acarretam ao usuário.
03. Satisfação percebida pelo usuário	- Envolve a percepção do usuário com o atendimento: privacidade, comodidade, tempo de espera, respeito profissional no tratamento e seu julgamento do conhecimento técnico.
04. Custo racional	- Considera o equilíbrio financeiro entre o benefício para a saúde do usuário e o seu custo, pois os gastos desnecessários dilapidam recursos que poderiam beneficiar a sociedade.

b) A ÉTICA

As atuações éticas das lideranças de uma organização são: (SILICEO, 1997)

01. Em relação ao interior da organização:

- Concepção valiosa da dignidade das pessoas, seus direitos e obrigações;
- Lealdade à organização da qual é integrante;
- Compromisso e exemplo cotidianos de eficácia, qualidade e produtividade;
- Compromisso pessoal para a capacitação e o crescimento próprio e de outros;
- Interesse no desenvolvimento integral das pessoas;
- Coerência entre crenças, condutas, planos, ações, resultados e conhecimentos;
- Honestidade e clareza na comunicação;
- Reconhecimento e compensação no trabalho realizado com base na justiça e equidade;
- Compromisso de promover e defender os valores e a cultura organizacional que vive;
- Assunção da melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias como alta prioridade;
- Compromisso permanente com a saúde, a seguridade social, a integralidade mental e física do pessoal;
- Respeito e cuidado com os recursos (dinheiro e equipamento) buscando sempre seu máximo aproveitamento para incrementar os índices de produtividade.

02. Em relação ao usuário:

- Qualidade integral e permanente dos produtos e serviços, sem engano ou manipulação;
- Respostas às necessidades dos clientes;
- Compromisso de resposta às falhas e deficiências dos bens e serviços;
- Busca permanente de melhor competitividade no mercado, mediante melhorias tecnológicas em processos e materiais;
- Compromisso e criatividade para inovações que permitem menores custos, traduzidos em menores preços aos clientes.

03. Quanto às relações de trabalho:

- Respeito, valorização e reconhecimento recíprocos entre entidades representativas de classe e organização;
- Confiança, evitando os medos, os preconceitos e a falta de credibilidade no diálogo, na negociação e nas relações interpessoais;
- Integridade e coerência no cumprimento do acordado e na exigência de reciprocidade;

- Aplicação prudente de justiça, nivelando e ajustando direitos e obrigações;
- Consecução de objetivos comuns que transcendam a organização com vistas ao bem-estar social.

04. Em relação ao Estado:

- Respeito solidário às instituições públicas e aos órgãos governamentais;
- Cumprimento das obrigações fiscais e legais;
- Consciência solidária e subsidiária quanto às responsabilidades e tarefas sociais e políticas.

05. Em relação à sociedade:

- Promoção do bem comum;
- Consciência de responsabilidade social;
- Mediação compromissada dos interesses organizacionais e comunitários;
- Promoção e defesa permanentes dos programas que visam à melhoria da qualidade de vida na comunidade.

A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT)

FRANÇA (1997) conceitua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) como o conjunto de ações de uma organização que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. O trabalhador é percebido dentro do enfoque biopsicossocial e a organização realiza diagnósticos, campanhas, criação de serviços e projetos para a preservação e desenvolvimento de sua força de trabalho.

QUADRO XVII. CONTRIBUIÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DO SABER PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

ÁREAS DO SABER	CONTRIBUIÇÕES
Saúde	- Orienta a preservação da integridade física, mental e social do ser humano, gerando avanços positivos na saúde, maior expectativa de vida e não apenas o controle de doenças.
Ecologia	

	- Percebe o ser humano como parte integrante e responsável pela preservação do sistema dos seres vivos e dos insumos da natureza.
Ergonomia	- Estuda as condições de trabalho ligadas ao trabalhador, fundamentando-se na medicina, psicologia, motricidade e tecnologia industrial visando conforto e postura saudável durante o trabalho.
Psicologia	- Juntamente com a filosofia demonstra a influência das atitudes internas e perspectivas de vida de cada pessoa em seu trabalho e a importância do significado intrínseco das necessidades individuais para seu envolvimento com o trabalho.
Sociologia	- Mostra o que é compartilhado e construído socialmente, demonstrando suas implicações nos diversos contextos culturais e antropológicos da organização.
Economia	- Enfatiza a consciência de que os bens são finitos e que a distribuição de bens, recursos e serviços deve envolver de forma equilibrada a responsabilidade e os direitos da sociedade.
Administração	- Procura aumentar a capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados em ambientes cada vez mais complexos, mutáveis e competitivos.
Engenharia	- Elabora formas de produção voltadas para a flexibilização da manufatura, armazenamento de materiais, uso de tecnologia, organização do trabalho e controle de processos.

FONTE: ALBUQUERQUE, LG; FRANÇA, AOL. ESTRATÉGIAS E RECURSOS HUMANOS E GESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. REV. DE ADMINISTRAÇÃO, V.33, N.2, 1998.

WALTON, de acordo com FERNANDES (1996) cita oito categorias conceituais como critérios para uma boa QVT:

- Compensação justa e adequada: é a remuneração adequada ao trabalho realizado assim como a equidade interna (com colegas) e externa (mercado de trabalho);
- Condições de trabalho: envolve jornada e carga de trabalho, equipamentos disponíveis para a execução das tarefas e ambiente de trabalho saudável;
- Uso e desenvolvimento das capacidades: aproveitamento do talento humano ou capital intelectual. Deve-se conceder autonomia, incentivo da capacidade plena e feedbacks constantes ao trabalhador dos resultados obtidos no processo de trabalho;
- Oportunidade de crescimento e segurança: referem-se à carreira, crescimento pessoal e segurança no emprego;
- Integração social na organização: cultivo do bom relacionamento além de oportunidades iguais, independentes de orientação sexual, classe social, idade e outras;
- Constitucionalismo: mede o grau que os direitos do trabalhador são cumpridos na organização, tais como, direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão e outros;
- Trabalho e espaço total de vida: preconiza o equilíbrio entre a vida pessoal e do trabalho;
- Relevância do trabalho na vida: investiga a percepção do trabalhador em relação à imagem que tem da organização, responsabilidade social junto à comunidade e qualidade dos bens e serviços oferecidos.

VASCONCELOS (2001) faz algumas considerações sobre as dificuldades em implementar e manter programas de QVT:

- Existe grande distância entre discurso e prática;
- Os programas de QVT normalmente têm origem e se baseiam nas questões de segurança e saúde do trabalhador, apenas devido aos aspectos legais que as organizações precisam cumprir;
- As organizações ainda não associam a QVT com programas de gestão em qualidade;
- Não existe, por parte dos gestores, real preocupação com a saúde do trabalhador;
- A sociedade atual tem desenvolvido o culto ao trabalho, onde, por exemplo, o workholic (viciado em trabalho), é valorizado pelas organizações, apesar do aspecto patológico e destrutivo deste comportamento. O workholic confunde quantidade com qualidade de trabalho e pode causar estresse no ambiente

organizacional quando em cargo de comando, pois espera que seus subordinados tenham comportamento semelhante ao seu.

A proposta de QVT tem uma concepção mais ampla do que tem sido divulgada e praticada em nossos dias. Quando se reflete que o trabalho é apenas uma das atividades do ser humano, que deve ser capaz de viver a vida plena, percebe-se a importância da qualidade de vida dentro e fora do trabalho, com as pessoas compartilhando relacionamentos familiares e sociais saudáveis, tendo atividades de lazer e momentos de prazer.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, LG; FRANÇA, AOL. Estratégias e recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito da Qualidade Total. São Paulo, Revista de Administração, v.33, n2; 1998.

DEMING, EW. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro, Marques Saraiva; 1990.

DONABEDIAN, A. The definition of Quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. United States, Ann Arbor, Health Administration Press, vol I; 1980.

FRANÇA, AC. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovação e desafios nas empresas brasileiras. Rio de Janeiro, Revista de Medicina Psicossomática, v.1, n.22, 1997.

FERNANDES, E. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador, Casa da Qualidade Editora LTDA; 1996.

SILICEO, A. Líderes para el siglo XXI. México, McGraw-Hill; 1997

VASCONCELOS, AF. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. São Paulo, Caderno de Pesquisas em Administração; 2001.

CAP. X. O HUMANISMO SEGUNDO TRÊS PENSADORES DO SÉCULO XX

a) ABRAHAM MASLOW

A “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” foi criada pelo psicólogo de linha humanista Abraham Maslow.

Ele conceitua necessidade básica como uma condição interna do ser humano, podendo ser fisiológica, psicológica, social ou de auto-realização, que funciona como força motivadora levando o organismo a realizar uma ação para satisfazê-la.

Maslow afirma que as necessidades constituem a base de todo o comportamento humano. Podem ser observáveis ou não, mantêm o equilíbrio do organismo, proporcionam a adaptação ao ambiente e buscam tudo o que está relacionado ao seu bem estar.

Elas surgem a partir das mais simples até as mais complexas, resultantes do relacionamento do ser humano com seu meio, hierarquizam-se de formas distintas nos diferentes períodos evolutivos. A criança recém nascida não tem, necessariamente, as mesmas necessidades básicas do adolescente ou do idoso, mas, independente da faixa etária da pessoa, estão presentes em menor ou maior intensidade.

As necessidades básicas são divididas por Maslow em cinco níveis: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de realização.

QUADRO XVIII. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E CONCEITOS DE MASLOW

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	CONCEITOS
Fisiológicas (ou primordiais)	- Relacionam-se à sobrevivência, inclusive da espécie, e devem ser atendidas em primeiro lugar. Ex: oxigenação, sede, fome, sono, excreção e impulso sexual.
Segurança	- Significa, em sentido amplo, estabilidade, proteção, liberdade, necessidade de ordem, leis e limites, entre outras.
Amor	- Abrange as relações afetivas em geral: ter família, amigos e um grupo social. Exige reciprocidade, ou seja, receber e proporcionar amor.
Estima	

	- Objetiva manter imagem positiva: auto-respeito, auto-estima e ser estimado por outros seres humanos.
Auto-realização	- Significa o esforço para atingir o projeto de vida pessoal, planejado dentro do potencial e dos anseios de cada um, em um processo de lutas e conquistas.

A necessidade de segurança varia de acordo com o estágio evolutivo. A criança necessita de proteção, apoio e limites a seu comportamento, o que costuma ser proporcionado por pais e educadores. O adulto necessita de estabilidade, liberdade, presença de ordem e leis, elementos fundamentais para se viver em sociedade.

As de amor e estima, influem na saúde mental, pois a não satisfação das mesmas pode predispor aos comportamentos disfuncionais.

Já a necessidade de auto-realização impulsiona para o progresso e para o conhecimento, sendo que, neste nível, as diferenças de atuar, entre as pessoas, são enormes.

Maslow chama a atenção para as peculiaridades e contradições que podem ser observadas quando alguém procura a auto-realização, exemplificando:

Uns tendem a fechar-se em seus mundos, outros partem para a exploração da vida. Alguns, em uma atitude altruísta, dedicam a vida a um ideal, outros vivem para a satisfação de seus desejos, provocando guerras e sofrimento.

O autor ressalta particularmente o comportamento daqueles seres humanos que nunca conseguem alcançar a auto-realização.

b) CARL ROGERS

O "Aconselhamento Terapêutico Rogeriano" (Terapia Centrada na Pessoa) e a elaboração de uma teoria da personalidade foram realizações do psicopedagogo norte-americano Carl Rogers, que respalda-se nos conceitos de Sigmund Freud (e outros), sendo seu trabalho considerado profundamente original.

Para Rogers, o organismo constitui-se na personalidade total da pessoa e inclui aspectos somáticos e psicológicos. Ele é valorizado em seu componente biológico ativo e auto-atualizador. O campo fenomenológico é o sistema total de percepções, juntamente com seus significados.

O "eu" (*self*) forma o conjunto das relações, dos significados e das percepções mantidas ou atribuídas pelo indivíduo em relação aos demais, ao ambiente e à vida em geral.

Rogers tem diversos conceitos importantes, alguns citados abaixo.

QUADRO XIX. ALGUNS CONCEITOS E SIGNIFICADOS DE ACORDO COM CARL ROGERS

CONCEITOS	SIGNIFICADOS
Vida plena	- Movimento que o organismo humano seleciona em determinada direção quando é inteiramente livre.
Abertura crescente à experiência	- Movimento que o organismo humano utiliza ao dirigir-se à vida plena. Nesse contexto, a pessoa abandona atitudes defensivas e torna-se gradativamente capaz de ouvir a si mesma e aberta aos sentimentos de coragem, ternura e fervor. Finalmente, torna-se livre para viver, subjetivamente, seus sentimentos e tomar consciência dos mesmos.
Aumento da vivência existencial	- Movimento crescente do organismo humano para viver plenamente cada momento, desprovido de mecanismos defensivos e sem rigidez. Uma confiança crescente no próprio organismo significa que a pessoa tornou-se capaz de confiar, plenamente, em si, para satisfazer suas necessidades em uma determinada situação e capaz de confiar em suas escolhas.

As características gerais desses movimentos revelam certa universalidade. No funcionamento pleno, a pessoa é capaz de viver inteiramente cada um de seus sentimentos e reações, usando bem o organismo para sentir a situação existencial interior e exterior. Esse fenômeno leva a percepção de que, muitas vezes, o corpo é mais sábio do que a consciência.

Segundo Rogers, a sociedade humana irá evoluir e crescer, se adotar os princípios que preconiza, não podendo estar presa a conceitos rígidos. Para o autor "a pessoa ser o que é, em profundidade, é uma experiência enriquecedora".

No "Aconselhamento Terapêutico Rogeriano", preconiza o estabelecimento de uma relação que transmita conhecimentos e favoreça o funcionamento do paciente. O terapeuta deve prepará-lo para, em face de um problema, refletir e buscar recursos que auxiliem a encontrar soluções.

Em seus depoimentos profissionais declara ter encontrado seres humanos perturbados, a procura do sentido da vida. Parte do princípio que todos se perguntam: Qual o sentido de minha vida?

As respostas encontradas são:

- Glorificar a Deus;
- Preparar-se para a imortalidade;
- Gozar e satisfazer todos os desejos sensuais;
- Conseguir o máximo de bens materiais, posição, conhecimento ou poder;
- Devotar-se exclusivamente a uma causa.

A "Terapia Centrada na Pessoa" considera o ser humano como incondicionalmente válido, independente de seu comportamento, condição ou sentimentos. O autor explica que o objetivo desta modalidade de terapia é a atualização do Ego, através de descobertas e crescimento pessoal.

Entende que para um terapeuta ser eficaz, ele necessita ser autêntico e entregar-se por completo na relação profissional paciente. Este contexto permite ao paciente explorar toda a sua própria maneira de ser e sua complexidade por saber-se incondicionalmente aceito.

Conceitua terapeuta como o profissional que ajuda a pessoa aprender, compreender e escolher direções de vida. Preconiza que a liberdade e uma vivência satisfatória podem levar a uma qualidade existencial.

O autor esclarece que, quando os valores da pessoa não são adequados ao seu modo de ser acabam provocando sofrimento. Nesse caso, cabe ao terapeuta proporcionar-lhe oportunidades, através de experiências, para ajudá-la visualizar a necessidade de mudar seus valores. Afirma que o paciente aprende com as experiências, recursos amigáveis e não inimigos a se recriar.

Rogers documenta em suas obras alguns resultados observados nos pacientes durante o processo da terapia preconizada:

- Afastam-se para além de um "eu" que não é o deles, não permitindo se viver atrás de fachadas;

- Deixam de serem conformistas, de aceitar passivamente os valores passados pela sociedade, de preocupar-se com a opinião de outros e de agradá-los;
- Caminham em direção à autonomia e tornam-se responsáveis por eles mesmos;
- Passam a perceber o processo de mudanças que ocorre e aceita-lo;
- Permitem uma abertura à experiência quando, por exemplo, aceitam algumas facetas negativas, anteriormente, negadas;
- Aceitam a experiência de outros;
- Passam a viver com seus próprios valores e são capazes de exprimi-los de forma única e pessoal.

Segundo o autor, a pessoa que segue esses caminhos obtém o que chama de "direção geral", torna-se livre para seguir qualquer direção, após um processo anterior de escolhas.

Por parte dos pacientes, alguns mal entendidos podem ocorrer durante o processo da terapia: receio de rigidez ou de tornarem-se maus, liberando todos os sentidos. Esclarece que as situações temidas não acontecem, pois, as pessoas mergulham de cabeça em um processo de mudanças e aprendem a lidar com os sentidos.

As principais mudanças observadas por Rogers nos pacientes, durante ou após o término do processo da terapia, são:

- Obtêm nova perspectiva sobre a liberdade e determinismo;
- Usam a criatividade como um elemento da vida plena;
- São capazes de viver em qualquer época e cultura;
- Passam a viver de uma maneira construtiva, ou seja, continuam sempre a progredir para serem eles mesmos;
- Comportam-se de modo tão completo quanto possível para satisfazer suas necessidades.

Durante a leitura das obras de Carl Rogers é possível observar sua enorme confiança nos seres humanos e seu pensamento positivo, pois, entre suas afirmações, estão:

- A natureza humana é fundamentalmente digna de confiança.
- O ser humano, que funciona livremente vivendo a vida plena, tem em sua natureza profunda as características de construtividade e ser digno de confiança.
- A maior riqueza da vida é viver bem, ser capaz de lidar adequadamente com as experiências dolorosas e saber aproveitar as gratificantes.

Os conceitos rogerianos ainda são utilizados em nossos dias como abordagem terapêutica, no ensino e como filosofia de vida.

c) JEAN PAUL SARTRE

O francês Jean Paul Sartre (1905-1980) é considerado um dos mais ativos e fecundos pensadores do século XX, filósofo, romancista, dramaturgo e político.

Ao criar a corrente filosófica laica denominada existencialismo, enfatiza o compromisso histórico do humanismo com o mistério da vida e com a compreensão da contingência humana. Em sua obra, "O ser e o nada", analisa os problemas da existência humana dentro da abordagem fenomenológica.

Em um segundo momento de sua vida, quando se engaja na política, coloca o existencialismo em uma visão mais ampla respaldado pela corrente do marxismo.

Sartre tem vários seguidores que compartilham a crença primordial na questão do ser humano fundamentalmente livre. Algumas de suas crenças são:

- O ser humano só se realiza na ação, em um projeto vivido de forma subjetiva com fins que o superam e o transcendem.
- A condição e os projetos humanos levam a uma solidariedade universal.
- O ser humano é o próprio responsável pelo que ele é.
- O "ser" é a síntese de todos os atos da pessoa.

O autor teoriza que o único meio de se atingir a verdade e salvar o ser humano de se tornar objeto é através de sua subjetividade ou "cogito".

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GRANDE BIBLIOTECA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo, Nova Cultural LTDA; 1998.

MASLOW, AH. Motivation and personality. New York, Harper and Row, 1970.

MINAYO, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.

ROGERS, C. Tornar-se pessoa. Lisboa, Moraes Editores, 1961.

CAP. XI. EXEMPLOS DE EXPERIÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

a) PROJETOS E PROGRAMAS CRIADOS OU ESTIMULADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alguns projetos e programas citados neste capítulo foram criados ou são estimulados pelo Ministério da Saúde (MS). Por suas peculiaridades, eles caracterizam-se como práticas de humanização na área da saúde.

QUADRO XX. PROGRAMAS E PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO CRIADOS OU ESTIMULADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMAS E PROJETOS	OBJETIVOS	Agentes
Parto Humanizado	- Objetiva garantir nascimento natural, saudável e prevenir mortalidade de recém nascidos. As mães permanecem poucas horas no local de atendimento e, após sua saída, recebem visita domiciliar para orientações.	- Parteiras qualificadas dos locais credenciados
Atenção Integral à Mulher	- Objetiva ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.	- Trabalhadores das organizações de saúde
Rede Bancos de Leite	- Objetiva fornecer leite humano pasteurizado para crianças prematuras, de baixo peso ou hospitalizadas, através da coleta de leite de mulheres voluntárias, cadastradas e avaliadas	- Profissionais de 150 hospitais credenciados do país

	sistematicamente quanto à saúde. O Brasil possui a maior rede de banco de leite humano do mundo.	
Método Canguru (assistência à criança recém-nascida de baixo peso)	- Objetiva melhorar, substancialmente, as chances de vida de recém-nascidos de baixo peso em hospitais de risco do SUS, através da interação com a família e do aleitamento materno.	- Hospitais públicos ou privados que aderiram ao método
Hospital Amigo da Criança	- Objetiva atenção humanizada à mãe e filho através do incentivo ao aleitamento materno. O programa é credenciado pelo MS, do qual recebe suporte financeiro além da capacitação de seus profissionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apóiam o trabalho dessas instituições.	- Profissionais capacitados que pertencem ao quadro dos hospitais credenciados
Carteiro Amigo	- Objetiva levar material educativo para mães, estimulando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.	- Carteiros inseridos no programa mantido pelo MS em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e telégrafos
Bombeiro Amigo		

	- Objetiva recolher o leite humano coletado por mulheres voluntárias em seus domicílios, para aumentar o estoque dos bancos de leite.	- Bombeiros de estados do Brasil que trabalham em parceria com o MS
Registro Civil	- Objetiva fornecer o registro gratuito de nascimentos e óbitos (documentos de cidadania) e desburocratização do processo: a) Dispensa a necessidade de duas testemunhas quando o parto ocorre em estabelecimento de saúde. b) Dispensa multa dos pais quando o registro da criança é feito fora do prazo estipulado em lei. c) Disponibiliza postos avançados em maternidades do SUS.	- Postos avançados de maternidades do SUS, em parcerias com alguns Ministérios, que mantém através de fundos específicos para esses programas, recursos financeiros para pagamento de taxas dos cartórios que registram
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	- Objetiva integrar promoção, prevenção e assistência às doenças mais comuns da infância para reduzir prevalência e mortes em crianças até cinco anos de idade.	- Equipes do programa "Agente Comunitários em Saúde" e equipes do programa "Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança"
Prevenção de Acidentes e Violência na Infância	- Objetiva o reconhecimento de crianças em situação de risco para violência, embasado em protocolos e na cartilha "Violência Intrafamiliar e Direitos Humanos". Esse material	- Equipes do programa "Saúde da Família" (protocolos) e equipes dos agentes comunitários (cartilha)

	foi elaborado, especialmente, para reconhecer situação de risco. O programa é uma parceria entre o MS, Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Justiça.	
Biblioteca Viva	- Objetiva proporcionar atividades de leituras para a criança e seus familiares, quando a mesma encontra-se internada, através de parceria do MS, Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e Citybank.	- Mediadores de leituras capacitados pelo programa "Biblioteca Viva"
Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD)	- Objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança para detectar, precocemente, eventuais problemas de saúde, estado nutricional, capacidade mental e situação social. Fornece o "cartão da criança" ao usuário, que fica com a família.	- Servidores inseridos nos programas de atenção básica do governo - Sociedade Viva Cazusa
Sociedade Viva Cazusa	- Objetiva (com apoio do MS e Coordenação Nacional de DST e AIDS) proporcionar vida melhor aos portadores do HIV/AIDS, por meio da cidadania, assistência à saúde, educação e lazer.	- Fundadores da Sociedade, juntamente com equipe de funcionários e voluntários, que foram capacitados em HIV/AIDS e receberam treinamento para oferecer atendimento humanizado a portadores (crianças e adultos).

--	--	--

b) PROJETOS E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS OU APOIADOS PELA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

A Secretaria do Estado da Saúde (SES) de São Paulo procura investir na atenção humanizada em seus serviços através de ações que seguem as diretrizes de humanização do SUS.

Em 2002, cria o "Comitê Estadual de Humanização", composto por representantes de várias coordenadorias da Secretaria da Saúde. Neste mesmo ano, oferece cursos de capacitação em humanização para hospitais da grande São Paulo.

A partir de 2004, tem realizado "Encontros Estaduais de Ações de Humanização" com participação de várias de organizações de saúde.

QUADRO XXII. PROJETOS E PROGRAMAS PARA USUÁRIOS E SEUS FAMILIARES APOIADOS PELA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

PROGRAMAS E PROJETOS	OBJETIVOS	AGENTES
Humanização do Parto	- Objetiva implantar modalidades de projeto relacionado ao parto humanizado e de apoio ao recém nascido, em organizações estaduais de saúde	- Elementos pertencentes às organizações estaduais de saúde (Ex: Mãe Canguru, Banco de Leite, Parto Humanizado, etc)
Cantinho da Beleza	- Objetiva estimular os servidores das organizações estaduais de saúde a criar locais para cuidados com a beleza dos usuários, objetivando aumentar a auto-estima e auto-cuidado.	- Servidores das organizações estaduais de saúde que providenciam as doações do material de beleza. Podem solicitar orientações a SES.
Leia Comigo (Em parceria com a Secretaria do Estado da Cultura de São	- Objetiva a instalação de salas de leitura em organizações estaduais de saúde.	- Elementos pertencentes às organizações estaduais de saúde que querem implantar o programa. Para tal, recebem orientação e material da SES

Paulo)		
Conte Comigo	- Objetiva melhorar a qualidade e humanização, proporcionando um atendimento personalizado aos usuários das organizações estaduais de saúde.	- Servidores das organizações estaduais de saúde orientados, treinados e com suporte financeiro da SES
Prestação de Serviços à Comunidade (penas alternativas)	- Objetiva receber, nas organizações estaduais de saúde, pessoas que cometeram infrações leves (no trânsito, ameaças e agressões aos demais, porte de drogas, entre outras) para realizar trabalho comunitário, conforme estipulado pelo sistema penal. As orientações do programa são dadas pela SES. A seleção dos candidatos é feita pela organização estadual de saúde interessada, com o parecer da Secretária da Justiça.	- Pessoas que cometeram infrações penais leves e trabalham sob a supervisão das organizações que as recebem
Qualidade de Vida	- Objetiva a criação de ambientes profissionais saudáveis, atuando nos problemas de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, capacitação profissional e humanização das relações pessoais nas organizações estaduais de saúde.	- Elementos pertencentes às organizações estaduais de saúde que querem implantar o programa sob a orientação da SES
Inclusão Social	- Objetiva o resgate da cidadania e inclusão social de usuários das organizações estaduais de saúde. Atua,	- Elementos pertencentes às organizações estaduais de saúde que querem implantar o programa sob orientação da

	especialmente, nas áreas de saúde mental e atenção aos idosos.	SES
Participação da Sociedade	- Objetiva apoiar o controle social através de canais de comunicação com o cliente, usando mecanismos dos Conselhos da População, Ouvidorias e "Programas Conte Comigo".	- Elementos pertencentes às organizações estaduais de saúde que querem implantar os programas sob a orientação da SES
Ouvidoria	- Objetiva dar oportunidade à população para efetuar denúncias de violações de seus direitos e fazer queixas e sugestões, enquanto usuário do SUS, sendo a Ouvidoria um instrumento para garantir a melhoria da qualidade das organizações estaduais de saúde.	- Ouvidores Públicos que podem recorrer à orientação da SES

c) PROJETOS E PROGRAMAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADOS AOS USUÁRIOS E FAMILIARES COM APOIO DE ENTIDADES PARCEIRAS

Trata-se de projetos ou programas solicitados pelas organizações de saúde com o objetivo de lazer, descontração, educação e socialização do usuário e seus familiares. Costumam ser desenvolvidos por entidades parceiras das organizações, geralmente organizações do terceiro setor. Algumas vezes, os profissionais das próprias organizações de saúde também colaboram no desenvolvimento das atividades.

QUADRO XXI. PROJETOS E PROGRAMAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDOS POR ENTIDADES PARCEIRAS

PROJETOS E PROGRAMAS	OBJETIVOS	AGENTES
Associação Arte Despertar (OSCIP)*	- Objetiva melhorar a auto-estima de adultos e crianças internados em hospitais, criando	- Voluntários capacitados pela OSCIP

	<p>um ambiente mais leve. Utiliza recursos tais como, oficinas de artes plásticas, teatro, expressão corporal, literatura e música. A OSC atua em parceria com hospitais e comunidades.</p>	
<p>Jovens Acolhedores (Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo)</p>	<p>- Objetiva atuar na recepção de usuários e desenvolver outras atividades nas organizações de saúde. Os jovens são selecionados, preparados e coordenados por profissionais da referida Secretaria e da organização selecionada pela SES para desenvolver as atividades.</p>	<p>- Jovens Universitários</p>
<p>Viva e Deixe viver (OSCIP)</p>	<p>- Objetiva contar estórias para crianças internadas, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva, ou em regime ambulatorial nos hospitais.</p>	<p>- Voluntários preparados pela OSCIP</p>
<p>Doutores da Alegria (OSCIP)</p>	<p>- Objetiva levar alegria às crianças hospitalizadas promovendo experiências enriquecedoras através da arte do palhaço.</p>	<p>- Voluntários preparados pela OSCIP</p>

	Incluí e profissionais da saúde nas suas atividades.	
Projeto Carmim (OSCIP)	- Objetiva levar arte aos hospitais como forma de amenizar a experiência da internação. Atua, também com outros projetos, além de hospitais.	- Voluntários preparados pela OSCIP
Canto Cidadão (OSCIP)	- Objetiva levar alegria ao ambiente hospitalar, produzir e democratizar informações para pacientes hospitalizados adultos, utilizando a figura do palhaço. Também promovem palestras para o corpo hospitalar mostrando como a alegria pode influenciar a recuperação dos pacientes.	- Voluntários preparados pela OSCIP
Copa da Inclusão (OSCIP)	- Objetiva proporcionar atividades esportivas e outras, aos portadores de transtornos mentais de várias instituições de saúde mental da cidade de São Paulo, em um evento realizado anualmente, durante alguns fins de semana. Inclui a participação	- Comissões das organizações participantes e membros da OSCIP

	dos familiares. É uma OSCIP que atua em parceria com prefeituras e Conselho Regional de Psicologia.	
Projeto Desatino (Dupla)	- Objetiva utilizar a lógica do palhaço para conseguir uma comunicação horizontal com portadores de transtornos mentais. Utiliza o potencial relacional do palhaço para construir vínculos afetivos capazes de proporcionar uma melhor potencia de vida.	- Dois atores com formação de palhaço, sendo um deles médico psiquiatra
Associação de Assistência à Criança Cardíaca e Transplantada do Coração ou ACTC (OSCIP)	- Objetiva proporcionar hospedagem, alimentação, apoio social, psicológico e pedagógico à criança cardíaca em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e seu acompanhante, vindos de todo Brasil ou países vizinhos para tratamento no Instituto do Coração de São Paulo (INCOR).	- Funcionários da Associação

* OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público)

d) AÇÕES, PROJETOS E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA DA FORÇA DE TRABALHO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A força de trabalho das organizações de saúde costuma desenvolver projetos e programas que fogem ao seu papel tradicional e que beneficiam os usuários com experiências diferentes daquelas que encontram no cotidiano das unidades de saúde. Geralmente, atua em equipes e, por vezes, com auxílio de voluntários de fora da organização (externos).

QUADRO XXII. AÇÕES, PROJETOS E PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA FORÇA DE TRABALHO OU POR VOLUNTÁRIOS, PERTENCENTES OU NÃO, AO GRUPO DE VOLUNTÁRIOS DA ORGANIZAÇÃO

PROJETOS E PROGRAMAS	OBJETIVOS	AGENTES
Voluntariado Organizacional (diversas organizações possuem o seu próprio grupo de voluntários)	- Objetiva proporcionar ampla gama de ações para conforto dos pacientes e familiares, desde fornecimento de objetos de uso pessoal ao oferecimento de diversas modalidades de ocupação e lazer.	- Elementos que compõem o grupo oficial de voluntários das organizações
Oficina de Beleza	- Objetiva proporcionar cuidados de beleza aos pacientes, tais como manicure, pedicure, cuidados com cabelos e maquiagem. Essa modalidade de trabalho tem sido desenvolvida por algumas unidades de saúde, abertas ou fechadas, como atividade programada ou pontual.	- Geralmente os próprios profissionais das organizações, em parceria com a indústria de cosméticos, ou usando produtos obtidos por doação
Oficina (Artesanato, Bijuteria e outras)	- Objetiva proporcionar atividades de ocupação e lazer para usuários. É particularmente indicada	- Servidores das organizações ou voluntários

	para quem está em regime de internação ou semi-internação.	
Atividades Esportivas e Recreativas	- São atividades nas áreas do esporte e da recreação para manter a saúde e a descontração dos usuários.	- Servidores das organizações ou voluntários
Brinquedoteca	- Objetiva proporcionar espaços lúdicos para crianças, em várias entidades, incluindo os hospitais.	- Os profissionais das organizações costumam ser capacitados para essa atividade
Comemoração de Datas Significativas (Natal, Ano Novo, Páscoa, Dia das mães, e outras)	- Objetiva fazer com que os usuários em regime de internação e semi-internação tenham momentos de recreação, socialização, além de manter-se no contexto dos dias significativos do ano.	- Profissionais das organizações e voluntários
Passeio Externo à Unidade de Saúde	- Objetiva proporcionar aos usuários momentos de recreação, socialização e aprendizado em visitas aos locais públicos: museus, parques, zoológicos e outros. Geralmente constituem-se de atividade programada, importantes para usuários em programas de reabilitação.	- Profissionais das organizações, às vezes com suporte de voluntários
Música	- Objetiva descontrair o ambiente das	- Músicos voluntários ou contratados por ONGs

	organizações, através de oferecimento de música aos usuários e familiares em locais e horários devidamente escolhidos, sendo que alguns hospitais têm programas diários de música.	
Teatro	- Objetiva levar peças de teatro para os pacientes em eventos, sendo comum serem apresentadas como atividades pontuais nas comemorações de datas significativas.	- Grupos voluntários de teatro
Cinema	- Objetiva passar filmes para os pacientes como atividade programada ou em ocasiões especiais.	- Profissionais das organizações
Atenção às Necessidades Espirituais	- Objetiva atender as necessidades espirituais dos usuários, familiares e trabalhadores da organização através de manutenção de capelas (ecumênicas ou não) e pessoas capacitadas para atender.	- Religiosos da organização de saúde ou voluntários que trabalham sob orientação da organização
Comemoração de Aniversários	- Objetiva comemorar os aniversários dos usuários de uma determinada unidade, criando um ambiente de interação e convivência. Esse programa é particularmente importante para pacientes de longa	- Profissionais da organização e voluntários

	internação ou semi-internação.	
--	--------------------------------	--

Praticamente todos os projetos e programas do quadro acima podem ser adaptados para a força de trabalho das organizações de saúde, caracterizando-se como atividades de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Finalmente, no quadro abaixo, alguns projetos que estão, ou foram desenvolvidos, em instituições de saúde trazendo bons resultados para os usuários:

PROJETOS E PROGRAMAS	OBJETIVO	AGENTES
Brincar também é viver	- Objetiva oferecer momentos de lazer e descontração a crianças e adolescentes que aguardam atendimento (consulta) médico no ambulatório.	Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP de São Paulo (SP)
Remediar é brincar	Reduzir a ansiedade das crianças (e de seus familiares) que serão submetidas a cirurgias seletivas	Hospital Santa Helena de Santo André (SP)

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PROGRAMAS E PROJETOS DA SAÚDE DA CRIANÇA: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. Revista Brás. Saúde Mater. Infantil, v.2, nº 2, 2002.

REVISTA HOSPITAIS DO BRASIL. Publimed Editora, Ano II, n.5, 2004.

REVISTA HOSPITAIS DO BRASIL. Publimed Editora, Ano II, n.10, 2004.

REVISTA HOSPITAIS DO BRASIL. Publimed Editora, Ano III, n.12, 2005.

REVISTA HOSPITAIS DO BRASIL. Publimed Editora, Ano V, n27, 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO (disponível on-line). Humanização. São Paulo, SES - SP, 2006. Disponível em: www.saude.sp.gov.br

CAP. XII. A HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL BASEADA EM EVIDÊNCIAS, REFERÊNCIAS E VALORES

O nome humanização da assistência hospitalar poderia ser mudado para humanização da assistência no sistema de saúde, uma vez que não é apenas o hospital que necessita de uma radical mudança de cultura no caminho de um melhor atendimento à população do Brasil, mas o sistema.

Quanto ao termo humanização fica claro, pela concepção de alguns pensadores citados no livro, que toda ação, boa ou má, praticada pelo homem é humana. Evidentemente, o Ministério da Saúde ao propor a política de humanização está estimulando a prática das boas ações na área da saúde, respaldado no que a população tem direito: atendimento de qualidade.

O conceito de humanização é extremamente amplo podendo ser entendido por cada um, de acordo com seu grau de preparo, concepção de vida e boa vontade. O importante é que cada ator envolvido parta para a "práxis" e dê a contribuição que julgar pertinente para a humanização do sistema de saúde.

Quanto aos governantes, gestores e formadores de profissionais de saúde, suas responsabilidades são bem maiores, pois não têm o direito de desconhecem o tema e devem investir suas forças na proposta de humanização do SUS.

Analisando os conteúdos que surgiram nos capítulos anteriores é possível entender que enquanto as pessoas que são responsáveis pela saúde da população no Brasil mantiverem o "menosprezo", citado por MINAYO (2004), pela liberdade e auto-determinação do usuário, continuará existindo o "não humanismo" (para não dizer desumanização) no sistema de saúde do país.

No entanto, é possível crer nas possibilidades da humanização do SUS, respaldados pelos humanistas do século XX:

- O ser humano é bom e capaz de realizações a favor da humanidade.
- A massificação e perda de sociabilidade podem ser revertidas pela intervenção social.
- A existência de uma sociedade mais consciente, harmônica e feliz é possível.
- O estímulo ao auto-conhecimento, a auto-estima e aos mecanismos de reflexão e interação são importantes.

Finalizando, é importante resumir em um quadro algumas evidências, referências e valores importantes para efetivar a humanização do sistema de saúde do Brasil.

QUADRO XXIII. EVIDÊNCIAS, REFERÊNCIAS E VALORES IMPORTANTES PARA A HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

ASPECTO CONSIDERADO	EVIDÊNCIA, REFERÊNCIA OU VALOR
Usuário	<ul style="list-style-type: none"> - A saúde é um bem imprescindível para o ser humano. - O outro deve ser sempre reconhecido em sua humanidade: capaz de pensar, agir, interagir, ter lógica e expressar intencionalidade. - Toda pessoa tem direito a auto-determinação, o que inclui o direito de decidir sobre as alternativas terapêuticas propostas para si. O Estado precisa capacitá-la, da melhor forma possível, para torná-la capaz desta decisão.
Relação profissional de saúde-usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Todo o profissional de saúde tem o compromisso de amenizar o sofrimento e desconforto do ser humano que necessita de assistência. - A comunicação e a interação são importantes instrumentos de trabalho para o profissional de saúde quando bem utilizadas. A comunicação não pode ser usada como instrumento de dominação - O Acolhimento e a Escuta são práticas fundamentais que necessitam ser valorizadas pelo profissional de saúde. - A questão das relações de classes deve ser objeto de reflexão por parte dos profissionais de saúde no atendimento ao usuário, objetivando o estabelecimento de relações simétricas. - A solidariedade entre os seres humanos deve ser estimulada.
Trabalhador da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - A situação do trabalhador da saúde nas organizações necessita ser objeto de estudo e profunda reformulação por parte do Ministério da Saúde. Deve-se reverter um quadro onde a pessoa que se propõe a assistir o outro e ajudá-lo a manter saúde e qualidade de vida está tornando-se doente e tem péssima qualidade de vida. - A questão do trabalhador de saúde não pode

	<p>ser focada apenas na capacitação e formação, conforme as metas do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), mas sim dentro de um quadro que contemple todas as suas necessidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A formação técnica e biológica do trabalhador da saúde precisa ser acrescida da formação humanista.
Gestão das organizações	<ul style="list-style-type: none"> - Os valores éticos devem estar presentes em todos os processos de trabalho. - A missão, visão e valores das organizações de saúde necessitam ser conhecidos por todos os atores envolvidos. - O conhecimento (ou atualização) das modernas metodologias de gestão pela qualidade é primordial para os trabalhadores, particularmente lideranças. - O investimento na arquitetura hospitalar, objetivando ambientes acolhedores e infraestrutura adequada é um elemento importante para ser valorizado.
Estado	<ul style="list-style-type: none"> - O atendimento do usuário deve ser dentro da visão holística. - A promoção da saúde tem que ser o principal objetivo do SUS. - É urgente o desenvolvimento da percepção, por parte dos governantes, que saúde não é gasto, mas um bom investimento na qualidade de vida da população e no desenvolvimento do país.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.