

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

RUTIELY TOMAZ SILVA

FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO - PNH.

UBERABA

2019

RUTIELY TOMAZ SILVA

FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO – PNH.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares.

UBERABA

2019

**Catologação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S583f Silva, Rutiely Tomaz
Fatores associados ao não conhecimento da Política Nacional de
Humanização - PNH / Rutiely Tomaz Silva. -- 2019.
59 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) --
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profª. Dra. Darlene Mara dos Santos

1. Saúde pública - Brasil. 2. Administração pública. 3. Humanização
nos serviços de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Santos,
Darlene Mara dos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III.
Titulo.

CDU 614(81)

RUTIELY TOMAZ SILVA

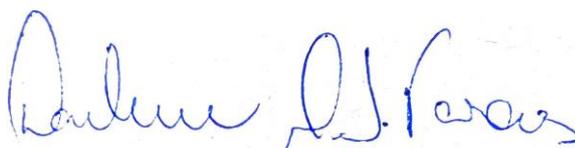
**FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO – PNH**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares.

UBERABA, 02 de abril de 2019

BANCA EXAMINADORA



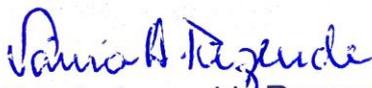
Prof.^a Dr.^a Darlene Mara dos Santos Tavares

Presidente da Banca



Prof.^a Dr.^a Débora Fernanda Amaral Pedrosa

Membro Titular Externo



Prof.^a Dr.^a Vânia Aparecida Rezende

Membro Titular Interno

À minha família – do céu e da Terra;
Ao invisível;
Ao dom, ao amor, à inspiração e à luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, pelo infinito amor, força e tudo o que sou.

À minha orientadora professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, sempre otimista e rigorosa na produção científica para a sociedade e, dessa forma, acreditando em mim, até mais do que eu mesmo acreditava.

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e toda a equipe de profissionais do hospital pelo apoio à realização deste projeto.

Aos meus pais José Antônio e Denise pelo exemplo de dignidade e amor à vida. Assim como a minha irmã Raniely pelo imensurável apoio e amor demonstrado em todos os momentos.

Ao meu companheiro de sempre, Luiz Maurício, pelo apoio e incentivo imprescindíveis para eu não desistir e lutar, acompanhando-me desde o início dessa caminhada e compreendendo todos os momentos decorrentes dela.

Ao meu cunhado e grande amigo Marcelo pelos conselhos e valiosíssima ajuda.

À minhas amigas que a UFTM trouxe: Bárbara (e Manu, claro), Luciana, Maria Betânia, Renatinha e Rúbia por não me abandonarem e aliviar meus medos, angústias e insegurança.

À minhas amigas que o PROFIAP aproximou ainda mais, Leisa (e a linda Elisa) e Stela, pela leveza que me proporcionaram nos momentos mais difíceis nessa jornada.

Ao apoio paciente do servidor Joilson do Apoio à Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM pelo profissionalismo, competência e compartilhamento de seus conhecimentos.

Aos meus queridos avós Diniz, Margarida e Maria de Lourdes pelos valiosos ensinamentos. Ao meu avô Antenor e minha tão amada tia Dalma, que partiram para a vida eterna durante essa caminhada e que agora estão vibrando por mim em outro plano.

Ao meu filho Dexter, que quando eu estava ansioso, nervoso ou triste, sempre mostrou que eu não precisava permanecer assim, com sua alegria, amor e companheirismo.

A humanização vislumbra transformar as mais diversificadas ações e gestões do SUS, sendo necessário traduzir os princípios do sistema, construir uma comunicação efetiva entre produzir saúde e todos os envolvidos, bem como contagiar os trabalhadores, profissionais, gestores e os próprios usuários com atitudes humanizadas.

Tocci e Costa (2014)

RESUMO

Para viabilizar integralidade e qualidade na atenção à saúde, um modelo assistencial elaborado para a criação de métodos de escuta dos usuários e profissionais de saúde necessita estar difundido. Nesta perspectiva e em consonância com os princípios do SUS, foi criada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 a Política Nacional de Humanização – PNH. Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar o conhecimento dos usuários sobre a Diretriz Defesa dos Direitos dos Usuários, presente na PNH, em um hospital de alta complexidade. Os objetivos específicos foram: caracterizar os usuários, atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde; identificar itens da Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários de Saúde da PNH por meio do usuário; verificar a associação das variáveis sociodemográficas, de saúde, da Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários de Saúde da PNH com o não conhecimento da política pelos usuários. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento observacional e transversal, realizado no HC-UFTM com participação de 182 pacientes internados nas unidades de internação do hospital por um período maior ou igual a 72 horas. A coleta dos dados se deu por entrevistas com utilização de instrumento para coleta dos dados elaborado pelos autores com base em aporte bibliográfico voltado à PNH. Dentre as pessoas entrevistadas, a maioria era do sexo feminino (51,6%); na faixa etária ≥ 40 anos (51,6%); com escolaridade de 4 a 8 anos de estudo (59,9%) e com renda individual de 1 salário mínimo (45,6%). Predominou a internação nos setores de Clínica Médica (33,5%) e Clínica Cirúrgica (33,0%) e o tempo de internação foi de 3 a 5 dias (61,0%). A maioria dos entrevistados (93,4%) desconhece a PNH. 53,3% sabem que possuem direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde; 96,7% nunca tiveram acesso à Carta dos Direitos e Deveres do Usuário da Saúde. Sobre receber informações sobre o seu estado de saúde de maneira clara, 96,2% responderam que sim quanto ao seu diagnóstico; 98,4% quanto aos tipos de exames solicitados; 99,5% quanto aos resultados dos exames solicitados e 93,4% quanto à previsão do tempo de internação; 66,5% responderam que foram perguntados se seus familiares ou acompanhantes deveriam ser informados sobre seu estado de saúde; 97,8% recebem da equipe de atendimento orientações sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta; 100% responderam não terem sido discriminados em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual; 100% responderam que os profissionais que os atendem usam crachás ou outras formas de identificação de fácil visualização e 99,5% estão satisfeitos com os serviços de saúde que recebem no hospital. O sexo masculino ($p=0,035$); a faixa etária ≥ 40 anos ($p=0,010$); a renda de 0 salários mínimos ($p=0,047$); não saber que possui direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde ($p=0,026$); e não ter tido acesso à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde ($p=0,046$) foram associados ao não conhecimento da PNH. Diante do exposto, evidenciou-se que apesar de desconhecer a PNH, os usuários vivenciam-na no cotidiano hospitalar.

Palavras-Chave: Administração Pública. Política Nacional de Humanização. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

To create integrality and quality in Health attention, an assistance model elaborated to create hearing methods of users and health professionals needs to be communicated. In this perspective and according to SUS's (Brazilian Health Care Public System) principles, the Ministry of Public Health created in 2003 the Nacional Humanization Policy (PNH in Portuguese). This research has as general aim analyses the knowledge of the users about the guideline "Users Rights Defense", part of PNH, in a high complexity hospital. The specific aims was: describe the users of Triagulo Mineiro Federal University Hospital (HC-UFTM), according to sociodemographic and health variables; identify items of the Users Rights Defense known by the users, verify the relations between sociodemographic and health variables with the lack of knowledge about the Users Rights Defense Guideline by the users. It is an quantitative study, with observational and transversal aspects, made at HC-UFTM with 182 hospitalized patients at the unit cares, that stayed at the hospital for 72 hours or more. The data collection was made by interview, with a data collection instrument created by the research authors with bibliographic basis turned to the PNH. Considering the patients interviewed, most were female (51,6%), at age over the 40's (51,6%), that have studied between 4 and 8 years (59,9%) and individual income of 1 minimum salary (45,6%). Prevalence patients of Medical Clinic (33,5%) and Chirurgic Clinic (33%) and the period of hospitalization was from 3 to 5 days (61%). The most part of people interview (93,4%) are unaware about the PNH. 53,3% are aware about have rights and duties assured by the law; 96,7% never had access to the Rights and Duties of the Public Health System Letter. About receive information about their health conditions in a concise way, 96,2% answer that Yes, about their diagnosis; 98,4% about the kind of tests requested; 99,5% about the results of the testes requested and 93,4% about the period of hospitalization forecast. 66,5% answer that were asked if their family or caregivers should be informed about their health condition; 97,8% received guidance and information about the period after being discharged of the hospital; 100% answer that had not being discriminated by age, race, color or sexual orientation. 100% answer that the professionals used badges or other ways that identify them properly and 99,5% are satisfied with the health care services received at the hospital. The male ($p=0,035$); the age range over 40's ($p=0,010$); the income of 0 minimum salary ($p=0,047$); those who claims not know that have rights and duties assured by the lay ($p=0,046$) were associated to the non-knowledge about the PNH. Considering the expose, it's clear that despite being unaware about the PNH, the users experiences it in the hospital daily routine.

Keywords: Public Administration. National Humanization Policy. Brazilian Unified Health Care System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Humanização como uma política pública.....	22
Quadro 2	Leitos para Internação do HC-UFTM.....	29
Figura 1	Modelo hierárquico para regressão de prevalência ao não conhecimento da PNH.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e de saúde dos usuários atendidos no HC-UFTM.....	34
Tabela 2	Distribuição de frequência das variáveis da Diretriz de Defesa dos Direitos do Usuário em Saúde da PNH, dos usuários atendidos no HC-UFTM.....	35
Tabela 3	Fatores associados ao não conhecimento da PNH.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFCA - Análise Fatorial de Correspondência Múltipla

CEP/UFTM - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GTH - Grupo de Trabalho em Humanização

HC-UFTM - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ONU - Organização das Nações Unidas

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMAЕ - Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	18
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	20
2.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Humanização	23
2.2.1.1 Acolhimento	23
2.2.1.2 Gestão Participativa e Cogestão.....	24
2.2.1.3 Ambiência	24
2.2.1.4 Clínica Ampliada e Compartilhada.....	25
2.2.1.5 Valorização do Trabalhador.....	25
2.2.1.6 Defesa dos Direitos dos Usuários	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO	29
4.3 POPULAÇÃO	30
4.4 COLETA DOS DADOS.....	31
4.4.1 Instrumento para Coleta dos Dados	31
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
4.5.1 Variáveis Sociodemográficas	31
4.5.2 Condições de Saúde	32
4.5.3 Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários em saúde da PNH.....	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	38
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INTERNADA NO HC-UFTM	38
6.2 A PNH E A DIRETRIZ DE DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS.....	39
6.3 FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA PNH	41

6.4 SUGESTÕES PARA AMPLIAR O ACESSO DOS USUÁRIOS À PNH	43
7 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS	51
ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	51
ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFTM	53
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58

1 INTRODUÇÃO

Internacionalmente, o direito à saúde foi reconhecido em 1948 por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, neste ano, aprovada pela Organização das Nações Unidas – ONU (ONU, 1948). Em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi formulada a Declaração Alma-Ata, reafirmando a saúde como um direito fundamental, dirigindo-se a todos os governos na busca pela promoção de saúde em todo o mundo (MOIMAZ et al., 2016).

Já no Brasil, a Constituição Federal de 1988 legitima a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde - SUS surge então como um produto de políticas sociais, tendo a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e as Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990) e nº 8.142 (BRASIL, 1990), ambas de 1990, como base jurídica e constitucional (SOUZA; COSTA, 2010).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também denominada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e funcionamento dos serviços em saúde. A mesma aponta os objetivos do SUS, bem como suas competências e atribuições, como as funções da União, dos Estados e dos Municípios. Complementando, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), dispõe sobre a participação social na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros específicos da área da saúde.

Em consonância ao SUS e com a multiplicação de instâncias de participação social na formulação e na implementação de políticas públicas setoriais de forma geral, as políticas de saúde avançaram a fim de alcançar a universalização do direito à saúde. Vale ressaltar que, entre todos os segmentos de políticas públicas, aqueles voltados à saúde foram pioneiros nos conselhos gestores desde 1990, apresentando inclusive modelos de uma organização para a prestação de serviços e de atenção à saúde. Exemplo disso foi a instituição do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, nos mesmos moldes do SUS, no que se refere à participação social na gestão da política de assistência social (COHN; BUJDOSO, 2015).

A Política Nacional de Humanização - PNH, popularmente conhecida como HumanizaSUS é uma política pública social criada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 para tratar da humanização nos serviços em saúde (PEREIRA; NETO, 2015). A humanização

visa transformar as mais diversificadas ações, bem como da gestão do SUS, sendo necessário traduzir os princípios do sistema, construir uma comunicação efetiva entre produzir saúde e todos os envolvidos, contagiando trabalhadores, profissionais, gestores e os próprios usuários com atitudes humanizadas (TOCCI; COSTA, 2014).

A PNH configura-se como uma política pública de estado que apresenta princípios, diretrizes e suas operações pautadas em dispositivos para praticá-las. Os princípios impulsionam as ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas, como mudanças dos modelos de atenção e gestão até então fundados na racionalidade biomédica (centrados na doença e no atendimento hospitalar) (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Essa política apresenta um conjunto de diretrizes, a fim de orientar as ações que são necessárias para seu desenvolvimento, como acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais (BRASIL, 2013).

Em se tratando da diretriz de defesa dos direitos dos usuários, a principal base para fazer valer a mesma é a Portaria nº1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS (BRASIL, 2009). Tal Portaria deu origem à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, a fim de ser amplamente difundida e compartilhada entre os usuários de saúde no Brasil.

Dentre os diversos direitos e deveres apresentados na Portaria nº1.820 (BRASIL, 2009), destaca-se o direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde e que esse acesso dar-se-á por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos da localidade de sua residência. Merece destaque, também, com suas respectivas características, o direito do cidadão a um tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde (BRASIL, 2009).

O conteúdo produzido em pesquisas (teses, artigos) tem sido uma medida de qualidade para avaliar resultados alcançados por políticas públicas, assim como as propostas para atualização de programas que já estão consolidados em suas respectivas áreas, como no caso da PNH para a área de saúde (ARRETICHE, 2003).

Arretche (2003) aponta, ainda, que a área de políticas públicas no Brasil apresenta baixa capacidade de ampliação científica, decorrente da proliferação horizontal de estudos de caso e da ausência de pesquisa. As análises dessa área apresentam objetivos voltados para

estudos de programas governamentais, mecanismos de operação e possíveis impactos sociais e econômicos (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Em conformidade com o exposto por Arretche (2003) e Trevisan e Van Bellen (2008) referente à baixa quantidade de pesquisas específicas de determinado programa ou política pública, a fim de tratar de forma mais clara e objetiva e, conseqüentemente, obter maiores condições de apresentar propostas para soluções ou minimização de gargalos e seus impactos, justifica-se essa pesquisa como uma forma de reduzir as lacunas apresentadas, bem como avaliar uma política pública pela ótica do usuário e não apenas da gestão ou por qualquer viés econômico.

É importante que a avaliação de uma política pública seja considerada uma forma de permitir a otimização dos processos e tomadas de decisões, o que virá a resultar em fundamentações quanto sua prestação de contas (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Desta feita, problematiza-se: A PNH é satisfatoriamente desenvolvida em um hospital de alta complexidade que oferece serviços aos usuários do sistema de saúde exclusivamente pelo SUS? Os usuários têm conhecimento do que se trata a PNH?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A necessidade de mudança nos paradigmas de como a saúde é praticada, como um modelo biomédico, ou seja, voltado para a doença, tornou-se item de discussões em todo o mundo em diversos momentos. Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, elaborou-se uma nova agenda para a área da saúde, com o foco em se discutir um novo modelo de atenção à saúde que viabilizasse o principal objetivo de possibilitar “Saúde para todos no ano 2000”. Desse evento originou-se a Declaração de Alma-Ata, documento que convoca governos, comunidade e todos os envolvidos no campo da saúde a somar esforços para que uma nova forma de produzir saúde seja pensada, voltada para a atenção primária (SILVA et al., 2010).

Nesta perspectiva, em 1986, na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi aprovada a Carta de Ottawa, dando ainda mais impulso ao processo de discussão e construção de um novo modelo assistencial em saúde. Esse documento traz à luz a importância da promoção da saúde e a influência dos aspectos da participação social sobre a saúde (SILVA et al., 2010).

No Brasil, o controle social, instrumento da democracia e cidadania que implica na participação popular nos processos de formulação de políticas públicas, bem como em ações estatais, destacam-se social e politicamente. Por se tratar da garantia da participação na formulação e no controle dessas políticas públicas pela população, esse instrumento apresenta-se como um princípio do SUS (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

No ano de 1988, o SUS foi inserido na Constituição Federal (BRASIL, 1988), sendo regulamentado em 1990, por meio das Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990) e nº 8142/90 (BRASIL, 1990), instaurando formalmente seus princípios e diretrizes, dentre os quais abrange a participação social, princípio importante nas formulações de diversas políticas públicas (COELHO, 2012).

O SUS pressupõe uma nova forma de “praticar” a saúde, dando ênfase à qualidade de vida do cidadão, e não apenas associando saúde com a ausência de doença. Assim, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) torna-se o marco inicial para criação do SUS, ao estabelecer no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (ALMEIDA, 2013).

Vale ressaltar que, antes da criação do SUS, apenas os trabalhadores de carteira

assinada, contribuintes com a Previdência Social, tinham direito aos serviços de saúde, uma vez que a saúde era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Os atendimentos eram realizados pela iniciativa privada por meio de convênios pagos por procedimentos (TOCCI; COSTA, 2014).

As práticas de saúde no SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios doutrinários da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), quais sejam: universalidade, integralidade e equidade, bem como as diretrizes organizativas, descentralização em comando único, hierarquização e regionalização dos serviços, além do controle social (ALMEIDA, 2013).

Tais princípios e diretrizes têm como objetivo possibilitar a substituição do antigo modelo biomédico de assistência em saúde, voltado para as doenças e para os médicos, por um modelo de atenção à saúde inclusivo, equilibrado, universal e integral. Logo, criou-se um novo arranjo, voltado para a atenção à saúde com foco na vigilância, promoção, reabilitação da saúde e prevenção. Desta feita, foi-se necessário mudar as práticas de prestação de serviços e de formação profissional na área de saúde a fim de atender todas as necessidades, tanto individuais como coletivas (FERNANDES et al., 2017).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Dentre as principais contribuições, a Lei instituiu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como dois setores colegiados em cada esfera de governo. Assim, a Conferência de Saúde deve ocorrer com intervalos de quatro anos, com a participação de vários segmentos da sociedade civil. O objetivo dessa Conferência é avaliar a situação da saúde em suas respectivas esferas e apresentar propostas de diretrizes para a formulação de novas políticas públicas (BRASIL, 1990).

Já o Conselho de Saúde exerce funções no controle da execução das políticas de saúde, bem como, na formulação de estratégias na esfera correspondente. Desta forma, o Conselho é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e por usuários do SUS. Vale ressaltar que a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde apresentam preceitos definidos em regimento próprio (BRASIL, 1990).

A legislação do SUS assegura a participação social e o acesso universal aos serviços, garantindo ao usuário o direito à integralidade e à equidade nas ações de saúde. Contudo, esse sistema de participação assegurado nas leis apresenta desafios, uma vez que o acesso ainda é excludente e seletivo, como ocorre com os grupos de vulnerabilidade socioeconômica, os

quais apresentam baixa probabilidade de participação, muitas vezes justificadas pela distância e dificuldade de deslocamento (ASSIS; JESUS, 2012).

Sendo assim, a consolidação do SUS apresenta desafios no que tange à qualidade da assistência de saúde, ao levar em consideração todos os princípios determinados, a participação social e a humanização, diretriz presente no sistema (HADDAD; ZOBOLI, 2010). Para tanto, participação social nas discussões acerca das propostas para políticas públicas em saúde torna-se cada vez mais importante, exemplo conexo ao da PNH.

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, é uma política pública de saúde, bem como social (PEREIRA; NETO, 2015). O Ministério da Saúde destaca que a PNH se insere amplamente no sistema de saúde estimulando mudanças nas práticas de saúde e nas relações que são produzidas nessa seara (BRASIL, 2008).

A humanização vislumbra transformar as mais diversificadas ações e gestões do SUS, sendo necessário traduzir os princípios do sistema, construir uma comunicação efetiva entre produzir saúde e todos os envolvidos, bem como estimular os trabalhadores, profissionais, gestores e os próprios usuários com atitudes humanizadas (TOCCI; COSTA, 2014).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Nos anos 90, a humanização e os direitos humanos se entrelaçam fortemente, sobretudo no direito à privacidade, à confidencialidade, ao consentimento do usuário diante de procedimentos médicos e ao respeito por parte dos profissionais em saúde, estruturando assim, um núcleo do conceito de humanização, enfatizando proporções éticas e a relação entre os profissionais em saúde e os usuários dos serviços (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

Para viabilizar integralidade e qualidade na atenção à saúde, o que engloba a tratativa de atendimento humanizado, cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais e meios, um modelo assistencial elaborado para a criação de métodos de escuta dos usuários e profissionais de saúde necessita estar difundido. Nesta perspectiva e em consonância com os princípios do SUS, foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003 a PNH (BORGES; NASCIMENTO; BORGES, 2018).

A PNH configura-se como uma política pública com potencialidade para rediscutir e praticar novas maneiras de gerir e de cuidar, de forma mais humanizada, voltada para a valorização dos prestadores de serviços e a garantia dos direitos de todos os usuários, sem nenhuma distinção (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Dando impulso a discussão e, posteriormente, criação da PNH, destaca-se eventos

históricos como a Reforma Psiquiátrica, ocorrida na década de setenta; a Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, do final da década de setenta e início da década de oitenta, respectivamente; bem como a promulgação da Constituição Federal de 1988 (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

Entre os anos 2000 e 2001, constitui-se o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH, buscando mudanças no padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos brasileiros, conseqüentemente, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

A criação do PNHA justificou-se pela necessidade de agregar a eficiência técnica e científica ao comportamento ético que concernisse às particularidades dos usuários e dos profissionais, aceitando os limites individuais e ambiência com o que é desconhecido e imprevisível (BARBOSA et al., 2013).

O SUS operacionaliza a humanização por meio do diálogo com os usuários de seus serviços, compartilhamento dos saberes e experiências, pelo trabalho em rede com equipes multiprofissionais, pela identificação das particularidades dos sujeitos, pela aliança entre os níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e gestores, trabalhadores e usuários (TOCCI; COTA, 2014).

Nesse sentido, a PNH indica a troca e a construção de saberes, bem como o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e a identificação das necessidades, desejos e interesses dos mais diversos sujeitos no campo da saúde. Fortalece também o pacto entre os níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde. A PNH resgata os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (BRASIL, 2004).

Nesta ótica, a PNH volta-se ao protagonismo dos sujeitos, na capacidade do coletivo, na importância de se construir redes de cuidados compartilhados. Evidenciam-se os direitos dos usuários, bem como dos trabalhadores, com a potencialização da criatividade, valorizando a autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e de como gerir a saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

A PNH surge como uma oportunidade de efetivar a humanização. A cartilha base do Ministério da Saúde sobre a PNH do SUS (BRASIL, 2010), corrobora com esse entendimento ao enfatizar que a humanização deve ser entendida como uma política que abrange todo o sistema, desde as rotinas dos serviços até a sua gestão, com capacidade de estimular trocas

solidárias entre gestores, profissionais e usuários em processos humanizados, com uma nova maneira de enxergar e cuidar da saúde, bem como enfrentar seus agravos (SOUZA; MENDES, 2009).

Entre os resultados esperados com a PNH, estão os de reduzir as filas e tempo de espera nos hospitais e serviços do SUS, embasados em critérios de risco; proporcionando um verdadeiro acolhimento de acordo com a demanda do usuário; identificando e responsabilizando funcionários que prestam serviços de saúde; simplificando e garantindo o acesso do usuário aos seus direitos; criando espaços adequados e saudáveis para os que atuam com os serviços em saúde; favorecendo uma gestão participativa aos trabalhadores, bem como uma educação permanente (BRASIL, 2006).

A cartilha distribuída pelo Ministério da Saúde apresenta-se como uma forma de orientar os cidadãos, elencando as formas de operação, os métodos, os objetivos, os princípios, as diretrizes e as propostas de como colocá-las em prática. De forma introdutória, essa cartilha apresenta algumas implicações da humanização (Quadro 1) enquanto uma política pública (BRASIL, 2010).

Quadro 1 – Humanização como uma política pública.

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos mais distintos equipamentos aos sujeitos da rede de saúde;
- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS partindo de experiências objetivas do trabalhador e dos usuários, estruturando um conceito positivo de humanização;
- Construir trocas solidárias e comprometidas;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em serviços de saúde, destacando as particularidades presentes;
- Contagiar toda a rede de serviços de saúde (trabalhadores, gestores e usuários) do SUS por meio de ações humanizadas;
- Apresentar-se como política pública respeitando os limites da máquina pública onde se está inserida, bem como os programas e áreas do Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado da Cartilha Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

A PNH configura-se como uma política pública de estado que apresenta princípios, diretrizes e operações pautadas em dispositivos para praticá-las. Os princípios impulsionam as ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas, como mudanças dos modelos de atenção e gestão até então fundados na racionalidade biomédica (centrados na doença e no atendimento hospitalar) (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Assim sendo, a PNH revela-se como política pública de saúde embasada nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, indicando a indissociabilidade entre atenção e gestão na produção de saúde; e a transversalidade, apresentada como o aumento da comunicação entre os grupos envolvidos, ou seja, ampliando as formas de conexão intra e

intergrupos (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A PNH apresenta um conjunto de diretrizes, com o objetivo de orientar as ações voltadas para ela, como: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais (BRASIL, 2013).

2.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Humanização

No que tange as Diretrizes presentes na PNH, caracteriza-se as orientações que definem e regulam um caminho a se seguir. A PNH atua a partir dessas orientações, sendo essas clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinadas formas de trabalho, dando ênfase em como alcançá-las (BRASIL, 2013).

2.2.1.1 Acolhimento

Acolhimento configura-se como o ato de reconhecer o que o outro apresenta como necessidade e este deve sustentar a relação entre trabalhadores e usuários. É desenvolvido de forma coletiva e tem o objetivo principal de construir relações confiáveis. Em se tratando de saúde, o acolhimento não se limita apenas a recepção de um paciente e sim, numa sequência de ações que fazem parte de todo o processo de trabalho (OYAMA et al., 2017). Essas ações acarretam no conforto e em mais qualidade de atendimento, tanto para o usuário quanto para seus familiares (FALK et al., 2010).

Essa diretriz da PNH é uma ferramenta muito ampla, baseada na potencialidade em se promover a verdadeira inclusão. Logo, o acolhimento propicia o aprimoramento da escuta, o conforto, o acesso, assim como a inclusão da família nos cuidados do cidadão. É importante essa vivência do acompanhante com os serviços hospitalares para que o mesmo possa, posteriormente, dar continuidade ao tratamento quando não estiver mais naquele ambiente. O acolhimento é então uma ferramenta de diálogo e afetividade nos serviços de saúde (FALK et al., 2010).

Desta forma, essa diretriz pode ser colocada em prática com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores dos locais de oferta de serviços em saúde às necessidades do usuário. É necessário garantir o acesso dos usuários de serviços do SUS a tecnologias adequadas às necessidades de cada um, assegurando que todos sejam atendidos com as

prioridades necessárias a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco realizada com o acolhimento (BRASIL, 2013).

2.2.1.2 Gestão Participativa e Cogestão

Gestão participativa se refere aos processos envolvidos no ato de tomar decisões, de modo que todos os membros de uma determinada organização atuem com estratégias e responsabilidades em seus trabalhos, pensando sempre na satisfação dos usuários, bem como na eficiência da organização, afinal, essa característica de gestão aumenta o comprometimento dos trabalhadores (PARDO-DEL-VAL; MARTINEZ-FUENTES; ROIG-DOBÓN, 2012).

A gestão participativa e cogestão indicam que os trabalhos devem ser realizados em equipe. Essa construção coletiva implica que quem planeja também executa, tudo realizado por colegiados que assegurem uma gestão participativa e compartilhada por meio de análises, decisões e avaliações coletivas. É necessário oferecer espaços coletivos de gestão, permitindo acordos a todos os interessados (MORI; OLIVEIRA, 2009).

A PNH indica como colocar em prática essa diretriz, destacando dois grupos de dispositivos de cogestão, como criação de espaços coletivos de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores, e desenvolvimento de mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde (BRASIL, 2013).

2.2.1.3 Ambiência

A ambiência é uma diretriz referente ao “espaço”, isto é, articula o espaço físico, social, profissional e de relações com o projeto de saúde (BRASIL, 2008). Assim, a ambiência sugere ampliar a atenção sobre a produção do espaço físico em saúde.

Em consonância com essa definição, a ambiência está entrelaçada nas relações afetivas dos indivíduos com o território e nas dimensões subjetivas dos espaços nos quais se oferecem os serviços de saúde. Nessa área, exemplifica-se a morfologia das construções, a luz, a cor, o cheiro, o som, as sensações, a privacidade, o acesso às pessoas com necessidades especiais, a autonomia, a valorização dos modos de vida da comunidade, a sustentabilidade socioambiental dos espaços e de seus usos (PESSATI, 2008).

Como forma de agir para efetivar essa diretriz, indica-se a discussão compartilhada do projeto arquitetônico dos locais, das reformas e da utilização dos espaços conforme as necessidades dos usuários e dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

2.2.1.4 Clínica Ampliada e Compartilhada

A “clínica ampliada e compartilhada” é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Dessa maneira, permite-se o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013).

Essa é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde, consistindo basicamente no diálogo dos mais diversos profissionais, para melhor entendimento dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de se inserir o cidadão usuário como um agente das práticas em saúde (SUNDFELD, 2010).

Logo, destaca-se que a clínica ampliada e compartilhada direciona, considerando a necessidade dos usuários, a comunicação entre todos os serviços de saúde, outros setores e políticas públicas voltadas para este fim (SUNDFELD, 2010).

2.2.1.5 Valorização do Trabalhador

A valorização do trabalhador é uma diretriz que permite trazer as experiências individuais para todo o grupo que desempenha seus papéis nos serviços de saúde, a fim de melhorar os processos de trabalho. Assim, é necessário dar visibilidade aos profissionais e incluí-los nos processos de decisões como forma de valorizar suas capacidades (BRASIL, 2013).

Com a finalidade de viabilizar tal diretriz, a PNH sugere ferramentas como “O Programa de Formação em Saúde e Trabalho” e a “Comunidade Ampliada de Pesquisa” como formas de efetivar discussões sobre o que causa sofrimento e adoecimento, como também, o que fortalece o grupo de trabalhadores (BRASIL, 2013).

2.2.1.6 Defesa dos Direitos dos Usuários

Os usuários de saúde, sejam esses do SUS ou de planos privados, possuem direitos garantidos por lei e os serviços oferecidos devem incentivar o conhecimento desses direitos, assegurando que eles sejam cumpridos, desde o acolhimento do indivíduo até o momento de sua alta (BRASIL, 2013).

Considerando os artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a PNH (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2007), o Ministério da Saúde publicou em 13 de agosto de 2009, a Portaria nº1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS (BRASIL, 2009).

Esse documento indica que toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde e que esse acesso dar-se-á por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos da localidade de sua residência (BRASIL, 2009).

A fim de orientar os cidadãos, o art. 3º da Portaria nº1.820 (BRASIL, 1990) enuncia que toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde, destacando:

Parágrafo único. É direito de a pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva e respeitosa; III - poder de decisão se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; IV - registro atualizado e legível no prontuário; V - acesso à anestesia e medicações ou procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento; VI - recebimento das receitas e prescrições terapêuticas; VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde; VIII - acesso à continuidade da atenção no domicílio quando for necessário, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário (BRASIL, 2009).

Assim como preconiza o Ministério da Saúde, humanizar a atenção à saúde é valorizar as práticas, tanto de atenção quanto de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões humanitárias, de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre sua saúde, inclusive

sobre os profissionais que cuidam dela, respeitando o direito de acompanhamento de pessoas de sua própria rede afetiva. É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva entre os trabalhadores e os usuários (BRASIL, 2008).

O diálogo e a informação aumentam as chances de resultado positivo em todo o processo de desenvolver saúde pública. Atuar de forma humanizada deve ser uma prática diária e partir, primeiramente, do gestor para com os trabalhadores para, então, alcançar os usuários. A PNH busca o acesso universal e imparcial aos serviços de saúde, melhorando as relações de trabalho e rompendo com a fragmentação do sujeito (TOCCI; COSTA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento dos usuários sobre a Diretriz Defesa dos Direitos dos Usuários, presente na PNH, em um hospital de alta complexidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os usuários, atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde;
2. Identificar o conhecimento dos usuários sobre os itens da Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários de Saúde da PNH;
3. Verificar a associação das variáveis sociodemográficas, de saúde, da Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários de Saúde da PNH com o não conhecimento da política pelos usuários.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, com delineamento transversal e observacional.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Este hospital possui amplo atendimento regional, englobando 27 municípios que compõem a macrorregião de saúde Triângulo Sul do estado de Minas Gerais (Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo). É o único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, em sua totalidade pelo SUS. Além do Triângulo Sul, o HC-UFTM também recebe usuários de outras regiões do estado, bem como de diversos outros estados brasileiros (EBSERH, 2017).

Quanto à estrutura, o HC-UFTM totaliza 302 leitos ativos (Quadro 02), sendo 20 de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro conta com 32 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios médicos (EBSERH, 2017).

Quadro 2 - Leitos para Internação do HC-UFTM, Uberaba – MG, 2019.

Unidades	Número de Leitos
Pronto Socorro Adulto	22
Pronto Socorro Infantil	10
Terapia Renal	04
Pediatria	24
Neuroclínica	10
Neurocirurgia	07
Onco-Hematologia	06
UTI Adulta	10
UTI Coronariana	10
UTI Pediátrica	04
UTI Neonatal	16
Ortopedia	17
Otorrinolaringologia	01
Oftalmologia	02

Unidades	Número de Leitos
Clínica Cirúrgica	61
Clínica Médica	37
Doenças Infecciosas e Parasitárias	09
Ginecologia	13
Obstetrícia	22
Berçário	11
Total de leitos de internação	296
Hospital – Dia	06
Total de leitos de internação e de Hospital-Dia	302

Fonte: (EBSERH, 2017).

Em 2013, a UFTM assinou contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh - que passou então a fazer a gestão conjunta com a UFTM do HC-UFTM. Dentre os motivos que levaram a UFTM a aderir à Ebserh, está o compromisso da empresa com a readequação da força de trabalho e a melhoria da qualidade da assistência prestada (EBSERH, 2017).

O HC-UFTM consta com um Grupo de Trabalho em Humanização – GTH, composto por equipe multidisciplinar de diversas áreas do hospital, destinado a empreender no âmbito do hospital, uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, profissionais e acadêmicos de saúde (EBSERH, 2017).

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta pelos usuários adultos internados nas unidades de Clínica Médica; Clínica Cirúrgica e outras, sendo essa última categoria composta em conjunto pelas unidades: Doenças Infecciosas e Parasitárias; Ginecologia; Neurocirurgia; Neuroclínica; Oftalmologia; Onco-Hematologia; Ortopedia e Otorrinolaringologia, do HC-UFTM, totalizando 163 leitos ativos.

A amostra foi composta por todos os usuários com idade igual ou superior a 18 anos que estavam internados há mais de 72 horas, no período de 01 de novembro de 2018 a 31 de dezembro de 2018.

De acordo com levantamento realizado na Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística – UMAE do HC-UFTM, nesse mesmo período, no ano de 2017, estiveram internados nessas mesmas unidades desse hospital, 686 pacientes. Considerando que as análises foram realizadas para no máximo 18 variáveis em conjunto, a amostra mínima requerida para a análise multivariada foi de 180 sujeitos, ou seja, mínimo de 10 sujeitos para cada variável (HAIR et al., 2009).

Foram excluídos do estudo, usuários diagnosticados com demência ou outras doenças degenerativas do sistema nervoso central e transtornos mentais; usuários com sinais e sintomas relativos às disfunções cognitivas e à consciência.

Participaram desse estudo um total de 182 usuários.

4.4 COLETA DOS DADOS

O contato com os participantes da pesquisa foi feito pessoalmente, por meio de entrevista nos respectivos leitos de internação, no período de 01 de novembro a 31 de dezembro de 2018.

A coleta foi de responsabilidade do próprio pesquisador, previamente treinado, utilizando do instrumento para coleta dos dados e de abordagem cordial aos participantes, anotando as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. No momento da abordagem, foram oferecidas aos participantes, informações com relação ao objetivo da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e, somente após a assinatura deste foi conduzida a entrevista.

4.4.1 Instrumento para Coleta dos Dados

O instrumento para coleta dos dados (Anexo 1) foi elaborado pelos próprios autores com base em aporte bibliográfico voltado à PNH e a Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários em saúde. A fim de verificar a coerência e possíveis adequações dos itens que compõem tal instrumento, foi realizado um processo de validação por consenso, por meio da técnica de grupo nominal com especialistas técnicos e operacionais do objeto de pesquisa (WYSOCKI et al., 2017), bem como teste piloto com 10 participantes anteriormente a aplicação definitiva. Após a validação por consenso e teste piloto, não foi necessário realizar nenhuma adequação ao instrumento.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis Sociodemográficas

Sexo (feminino e masculino); faixa etária (18 a 39 anos; ≥ 40 anos); escolaridade, em anos de estudo (0 a 03; 04 a 08; 09 ou mais); e renda individual, em salários mínimos (sem renda; 01; ≥ 2). Para a renda, foi utilizado o valor do salário-mínimo do período em que foi

realizada a coleta dos dados, entre novembro de dezembro de 2018, a saber, R\$954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais).

4.5.2 Condições de Saúde

Unidade de internação (clínica médica; clínica cirúrgica; outras). Foi realizada a junção das demais unidades de internação em “outras” em razão do número pequeno de leitos das outras unidades em comparação às clínicas médica e cirúrgica; e tempo de internação (3 a 5 dias; 6 dias ou mais).

4.5.3 Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários em saúde da PNH

Conhecimento do que se refere à PNH e dos direitos e deveres preservados pela Portaria do Ministério da Saúde; acesso à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde; fornecimento de informações sobre o estado de saúde de maneira clara quanto a possíveis diagnósticos, diagnóstico confirmado, tipos, riscos e resultados dos exames solicitados e previsão do tempo de internação; autorização para informações sobre seu estado de saúde aos acompanhantes; orientação sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta hospitalar; atendimento humanizado, livre de qualquer discriminação em virtude de idade, raça, cor; utilização de crachás ou outras formas de identificação por parte dos profissionais de saúde.

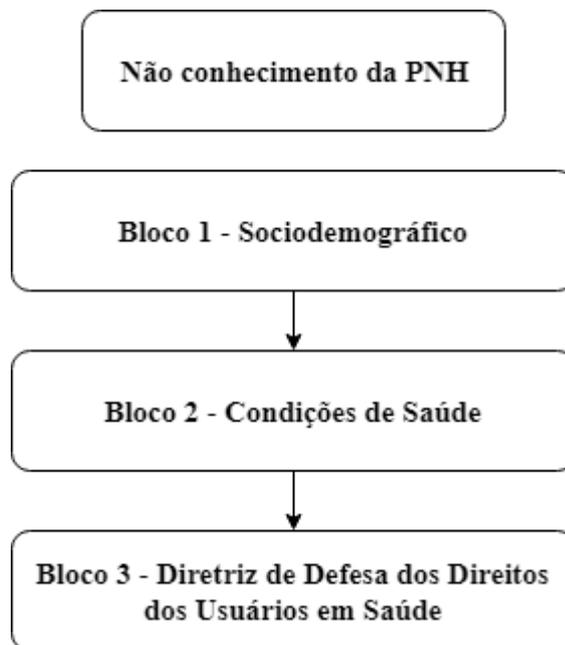
4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi construído banco de dados eletrônico no programa *Excel*[®]. Os dados coletados foram processados em microcomputador, em dupla entrada e, posteriormente, verificadas possíveis inconsistências e correções. Após este procedimento, o banco de dados foi importado para o *software IBM SPSS Statistics* versão 24.0 para proceder a análise.

Foram realizadas análises descritivas com cálculo de frequência absoluta e relativa. Para identificação dos fatores associados ao não conhecimento da PNH, foram utilizados modelos hierárquico de regressão de Poisson, introduzindo as variáveis em forma de blocos (Figura 1): 1) variáveis sociodemográficas; 2) variáveis de condições de saúde; 3) variáveis da diretriz de defesa dos direitos dos usuários em saúde. Realizou-se a análise de regressão bruta, sendo selecionadas como candidatas ao modelo ajustado as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,05$ no mesmo bloco foram consideradas de

ajuste para os blocos subsequentes. Considerou-se o nível de significância $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, com estimativa da medida da razão de prevalência (RP).

Figura 1 – Modelo hierárquico para regressão de prevalência ao não conhecimento da PNH.



4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foram identificadas as unidades e/ou setores do complexo hospitalar em que seria realizada a investigação - HC-UFTM e solicitada ciência e autorização dos responsáveis por essas unidades ou setores. Autorizada a realização da pesquisa pelos responsáveis, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - CEP/UFTM, aprovada sob parecer nº 3.013.927 (Anexo 2). As entrevistas obedeceram aos preceitos estabelecidos pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que dita as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Dentre as 182 pessoas entrevistadas, a maioria era do sexo feminino (51,6%); na faixa etária ≥ 40 anos (51,6%); com escolaridade de 4 a 8 anos de estudo (59,9%) e com renda individual de 1 salário mínimo (45,6%) (Tabela 1).

Predominou a internação nos setores de Clínica Médica (33,5%) e Clínica Cirúrgica (33,0%) e o tempo de internação foi de 3 a 5 dias (61,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e de condições de saúde dos usuários atendidos no HC-UFTM, Uberaba-MG, 2019.

Variáveis	Total n (%)
Sexo	
Masculino	88 (48,4)
Feminino	94 (51,6)
Faixa etária	
18 a 39 anos	88 (48,4)
≥ 40 anos	94 (51,6)
Escolaridade (anos de estudo)	
0 a 3	5 (2,7)
4 a 8	109 (59,9)
≥ 9	68 (37,4)
Renda (salários mínimos)	
0	79 (43,4)
1	83 (45,6)
≥ 2	20 (11,0)
Unidades de internação	
Clínica Médica	61 (33,5)
Clínica Cirúrgica	60 (33,0)
Outras	61 (33,5)
Tempo de Internação (dias)	
3 a 5	111 (61,0)
≥ 6	71 (39,0)

A maioria dos entrevistados (93,4%) desconhece a PNH. Para as questões referentes à diretriz de defesa dos direitos dos usuários em saúde da PNH, 53,3% sabem que possuem direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde, porém, 96,7% nunca tiveram acesso à Carta dos Direitos e Deveres do Usuário da Saúde, do Ministério da Saúde, seja por meio eletrônico (site) ou impresso (Tabela 2).

Sobre receber informações sobre o seu estado de saúde de maneira clara, 96,2% responderam que sim quanto ao seu diagnóstico; 98,4% quanto aos tipos de exames solicitados; 99,5% quanto aos resultados dos exames solicitados e 93,4% quanto à previsão do tempo de internação (Tabela 2).

Ainda dentro da diretriz de defesa dos direitos dos usuários em saúde, 66,5% responderam que foram perguntados se seus familiares ou acompanhantes deveriam ser informados sobre seu estado de saúde; 97,8% recebem da equipe de atendimento orientações sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta; 100% responderam não terem sido discriminados em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual; 100% responderam que os profissionais que os atendem usam crachás ou outras formas de identificação de fácil visualização e 99,5% dos entrevistados estão satisfeitos com os serviços de saúde que recebem no hospital (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis da Diretriz de Defesa dos Direitos do Usuário em Saúde da PNH, dos usuários atendidos no HC-UFTM, Uberaba-MG, 2019.

Variáveis	Total n (%)	Variáveis	Total n (%)
Conhecimento da PNH		Previsão do tempo de internação	
Sim	12 (6,6)	Sim	170 (93,4)
Não	170 (93,4)	Não	12 (6,6)
Sabe que possui direitos e deveres		Informações aos acompanhantes	
Sim	97 (53,3)	Sim	121 (66,5)
Não	85 (46,7)	Não	61 (33,5)
Acesso à Carta dos Direitos		Orientações pós alta	
Sim	6 (3,3)	Sim	178 (97,8)
Não	176 (96,7)	Não	4 (2,2)
Informações sobre diagnóstico		Se sentiu discriminado	
Sim	175 (96,2)	Sim	0 (0,0)
Não	7 (3,8)	Não	182 (100,0)
Informações sobre tipos de exames		Uso de crachás	
Sim	179 (98,4)	Sim	182 (100,0)
Não	3 (1,6)	Não	0 (0,0)
Informações sobre resultados exames		Está satisfeito com o atendimento	
Sim	181 (99,5)	Sim	181 (99,5)
Não	1 (0,5)	Não	1 (0,5)

Por meio do modelo hierárquico de regressão de Poisson, foram identificados os fatores que estão associados ao não conhecimento da PNH. As variáveis: sentir-se discriminado em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual no atendimento recebido no hospital e uso de crachás ou outras formas de identificação de fácil visualização por parte dos profissionais não foram analisadas no referido modelo devido à frequência total das respostas terem sido para uma única categoria.

Após realizada regressão bruta, as variáveis que atenderam o critério estabelecido ($p \leq 0,20$) foram: sexo; faixa etária; escolaridade; renda; sabe que possui direitos e deveres; acesso à Carta dos Direitos; informações sobre diagnóstico; informações sobre tipos de exames; informações sobre resultados exames; previsão do tempo de internação, orientações pós alta; e está satisfeito com o atendimento. Estas variáveis foram submetidas ao modelo ajustado ($p \leq 0,05$). As variáveis que apresentaram $p \leq 0,05$, no mesmo bloco, foram consideradas de ajuste para os blocos subsequentes (Tabela 3).

O sexo masculino ($p = 0,035$); a faixa etária ≥ 40 anos ($p = 0,010$); a renda de 0 salários mínimos ($p = 0,047$); não saber que possui direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde ($p = 0,026$); e não ter tido acesso à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde ($p = 0,046$) foram associados ao não conhecimento da PNH (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores associados ao não conhecimento da PNH.

Variáveis	NÃO conhecimento da PNH			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Sexo		2,848 (0,091)		4,445 (0,035)
Masculino	1,07 (0,99 - 1,15)		1,08 (1,01 - 1,16)	
Feminino	1		1	
Faixa etária		5,820 (0,016)		6,686 (0,010)
≥ 40 anos	1,10 (1,02 - 1,20)		1,08 (1,02 - 1,14)	
18 a 39 anos	1		1	
Escolaridade (anos de estudo)		11,979 (0,003)		4,032 (0,133)
0 a 3	1,17 (1,06 - 1,29)		1,04 (0,96 - 1,13)	
4 a 8	1,15 (1,04 - 1,28)		1,08 (0,99 - 1,16)	
≥ 9	1		1	
Renda (salários mínimos)		4,942 (0,085)		6,096 (0,047)
0	1,30 (1,01 - 1,68)		1,33 (1,03 - 1,70)	
1	1,25 (0,97 - 1,62)		1,26 (0,99 - 1,61)	
≥ 2	1		1	
Unidade de Internação		1,251 (0,535)		-
Clínica Médica	1,06 (0,95 - 1,17)		-	
Clínica Cirúrgica	1,05 (0,95 - 1,17)		-	
Outras	1		-	

Variáveis	NÃO conhecimento da PNH			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Tempo de Internação (dias)		0,184 (0,668)		-
≥ 6	1,02 (0,94 - 1,10)		-	
3 a 5	1		-	
Sabe que possui direitos e deveres		11,983 (0,001)		4,955 (0,026)
Não	1,14 (1,06 - 1,23)		1,07 (1,01 - 1,13)	
Sim	1		1	
Acesso à Carta dos Direitos		3,318 (0,069)		3,989 (0,046)
Não	2,86 (0,92 - 8,88)		2,76 (1,02 - 7,45)	
Sim	1		1	
Informações sobre diagnóstico		11,995 (0,001)		1,938 (0,164)
Não	1,07 (1,03 - 1,12)		0,88 (0,73 - 1,06)	
Sim	1		1	
Informações sobre tipos de exames		11,995 (0,001)		0,011 (0,918)
Não	1,07 (1,03 - 1,12)		1,01 (0,84 - 1,21)	
Sim	1		1	
Informações sobre resultados de exames		11,995 (0,001)		0,029 (0,864)
Não	1,07 (1,03 - 1,11)		0,99 (0,88 - 1,11)	
Sim	1		1	
Previsão do tempo de internação		11,995 (0,001)		3,697 (0,055)
Não	1,08 (1,03 - 1,12)		1,14 (1,00 - 1,31)	
Sim	1		1	
Informações aos acompanhantes		1,250 (0,263)		-
Não	0,95 (0,87 - 1,04)		-	
Sim	1		-	
Orientações pós alta		11,995 (0,001)		1,782 (0,182)
Não	1,07 (1,03 - 1,12)		1,25 (0,90 - 1,72)	
Sim	1		1	
Está satisfeito com o atendimento		11,995 (0,001)		2,318 (0,128)
Não	1,07 (1,03 - 1,11)		1,06 (0,98 - 1,14)	
Sim	1		1	

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INTERNADA NO HC-UFTM

O predomínio do sexo feminino na população internada no HC-UFTM é corroborado por outro estudo que analisou os aspectos sociodemográficos da população internada em um hospital de alta complexidade (54,9%) (TIENSOLI et al., 2014).

Concernente à faixa etária, estudos conduzidos em outros hospitais universitários verificaram média de idade de 50 anos (RUFINO et al., 2012) e entre 46 a 60 anos (TIENSOLI et al., 2014), estando acima dos achados da presente pesquisa. Destaca-se a tendência mundial do aumento da faixa etária da população, o que consequentemente reflete no perfil dos usuários internados, uma vez que os modernos avanços tecnológicos permitem prolongar a vida e contribuem diretamente para esse fim (TIENSOLI et al., 2014). Quanto mais elevada a idade dos indivíduos, se considerar a influência biológica da idade, maior é a probabilidade de hospitalização (COSTA et al., 2010).

No que tange a escolaridade, estudo que identificou tal variável associada à internação hospitalar em Pelotas, no Rio Grande do Sul, obteve maior percentual entre os indivíduos que possuíam de 05 a 07 anos de escolaridade, assim como na presente pesquisa (COSTA et al., 2010). Quando a escolaridade é baixa pode haver comprometimento na compreensão no que tange aos cuidados com a saúde, tratamento ou mesmo prevenção de doenças, o que poderia aumentar a necessidade de internação hospitalar. Até mesmo aos usuários que já se encontram em atendimento hospitalar, a baixa escolaridade pode impactar na necessidade por parte dos profissionais de saúde, adequarem suas orientações para facilitar a comunicação de forma eficaz. Por outro lado, quanto maior a escolaridade dos indivíduos, mais informados eles estão e, possivelmente, mais conhecimento acerca de prevenção de saúde e tratamento de doenças possuem (PINTO et al., 2016).

A maior renda pode estar relacionada à melhor escolaridade. Estudo realizado com a população pernambucana indica que os indivíduos com as piores condições de renda, bem como com menor escolaridade, sofrem impactos negativos no que se refere a sua saúde quando comparados aos que possuem renda mais elevada (PINTO et al., 2016). Nesse sentido, ressalta-se que os indivíduos que possuem maior renda, consequentemente maior poder de aquisição, possuem maiores condições de adquirirem planos privados de saúde, o que influencia diretamente na questão de acesso e também de qualidade dos serviços de saúde. É importante salientar que são justamente os indivíduos com maior vulnerabilidade

socioeconômica, ou seja, com menor renda, que mais dependem dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS e conseqüentemente caracterizam o perfil da população que se encontra internada nos hospitais públicos no Brasil, uma vez que essa característica está relacionada ao adoecimento e ao abandono de tratamentos em cuidados com a saúde (SILVA, 2016).

O maior percentual dos usuários foi internado na clínica médica e clínica cirúrgica pelo fato de que são nessas unidades que se atendem as morbidade mais prevalente no Brasil. No ano de 2012, último ano disponível para consulta na base de dados referente à taxa de internação hospitalar por causas determinadas, o número de internações em decorrência de tais características pelo SUS foi igual a 2.314.185 no Brasil e 256.871 no estado de Minas Gerais (DATASUS, 2019).

Assim como na presente pesquisa, a média de permanência em internação hospitalar no ano de 2018 foi de 5,1 dias no estado de Minas Gerais e, de 5,7 dias na região sudeste do país (DATASUS, 2019). É importante destacar que o tempo de internação pode apresentar relação com questões administrativas de cada local de atendimento, como nos casos em que, ocasionalmente, alguns usuários permanecem internados além do tempo necessário para garantir o nível adequado de cuidados relativos a hospitalização, como realização de exames especializados. Por outro lado, é fato que quanto mais tempo esses usuários permanecem internados, maiores são as chances de sofrerem eventos adversos como infecções hospitalares (MORAES et al., 2017).

6.2 A PNH E A DIRETRIZ DE DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

Os resultados demonstram que a PNH não é levada ao conhecimento daqueles que são justamente seus usuários. Uma vez que a pesquisa foi realizada em um ambiente hospitalar, nota-se que a deficiência de informações concernentes à PNH acontece nos próprios locais que oferecem serviços de saúde e a praticam. Destaca-se que as propostas da participação social no que se refere a consolidação das políticas públicas permite ao próprio cidadão participar também na fiscalização dessas políticas (DUBOW et al., 2017). Assim sendo, é imprescindível que o cidadão, usuário de determinada política pública, tenha conhecimento que ela exista e o porquê de ela existir.

Destaca-se que um fator determinante para o não conhecimento de políticas públicas é referente a que algumas dessas são mais difundidas e propagadas em comparação a outras, principalmente quando compara-se políticas públicas da saúde com políticas públicas sociais

e econômicas, ficando as da saúde para conhecimento do cidadão apenas quando ele procura ou necessita desses serviços, enquanto as outras são difundidas inclusive pela TV e rádio.

Como a saúde no Brasil é um direito de todos (BRASIL, 1988), é provável que essa percepção seja ampliada para tudo que faça referência à saúde. Tal entendimento pode ser observado no fato da maioria dos usuários demonstrarem saber que possuem direitos e deveres na condição de usuários do SUS, sendo esses preservados por Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

A questão apontada anteriormente trata-se de uma percepção subjetiva quando se considera que esses usuários nunca tiveram acesso à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, seja por meio eletrônico ou impresso. Desta forma, entende-se que esses usuários desconhecem o conteúdo do documento, o qual trata de seus direitos e deveres. Essa característica é consoante a um estudo realizado em um centro universitário do interior paulista que evidenciou amplo e generalizado desconhecimento dos usuários de saúde sobre os direitos que lhe são garantidos (SANTOS et al., 2011).

Com relação a receber informações sobre seu estado de saúde, a maioria dos usuários responderam de forma positiva, seja quanto ao diagnóstico, tipos de exames solicitados, resultados dos exames solicitados e previsão de tempo de internação. Tais resultados demonstram que os profissionais que atuam no HC-UFTM estão preocupados em levar para os usuários internados, informações claras sobre seu estado de saúde. Destaca-se que essa comunicação profissional-usuário no cuidado com a saúde durante todo o processo, acarreta implicações na satisfação com o serviço recebido (CRUZ et al., 2016).

No que tange ao questionamento feito ao usuário se seus familiares e acompanhantes deveriam ser informados sobre seu estado de saúde, a maioria também respondeu positivamente. O usuário, quando possibilitado, tem o direito de decidir se seus acompanhantes devem ser informados sobre seu estado de saúde, e, quando optam para que essas informações sejam passadas, esse trabalho pela equipe profissional garante bem-estar, tanto para o próprio paciente quanto para seus familiares. Essa prática contribui para a construção de laços de afeto, possibilitando a prestação de cuidados com a saúde cada vez mais humanizado (CAVERZAN et al., 2017).

A maioria dos usuários alegaram receber da equipe de atendimento do hospital orientações sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta. Nos momentos antecedentes a alta hospitalar ocorre à transferência do cuidado por parte da equipe de profissionais e é nesse momento que o familiar ou acompanhante assume essa

responsabilidade, sendo necessário a abordagem de estratégias para que a continuidade da assistência no domicílio seja eficiente (OLIVEIRA et al., 2017). A atenção da equipe de atendimento do HC-UFTM difunde a experiência em cuidados com a saúde para que os próprios usuários possam ter o cuidado domiciliar sem, necessariamente, ter custos com o auxílio de profissionais de saúde ou mesmo estender seu período em internação.

Em relação a discriminação em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual, o resultado demonstrou que nenhum usuário se sentiu discriminado. Por mais que a discriminação é uma prática vivenciada por inúmeras pessoas em todos os momentos ou situações cotidianas, há atualmente uma série de valores sociais de práticas de formação profissional que prezam e estimulam a igualdade, o que resulta nas pessoas negarem tal percepção (DOMINGUES et al., 2013).

Outro direito fundamental garantido aos usuários de saúde é a identificação dos profissionais que atuam diretamente com eles, seja essa feita por crachás ou outras formas de identificação, até mesmo verbais. Na presente pesquisa, todos os usuários disseram que os profissionais que os atendem utilizam crachás. A identificação dos profissionais que atuam em âmbito hospitalar aproxima o paciente e resulta em confiança. Além do mais, permite que os usuários tenham conhecimento de quem são os profissionais que estão a lhe atender, bem como quais serviços ele presta, uma vez que pode haver contato desses usuários com profissões que ele ainda desconhece (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

Para uma política pública desenvolvida com objetivos de humanização no atendimento, é necessário que seja verificada a satisfação dos que são diretamente envolvidos. Entre os usuários atendidos no HC-UFTM, a maioria disse estar satisfeita com os serviços de saúde que recebeu. Inúmeras situações podem acarretar na satisfação do usuário em um hospital de alta complexidade que oferece atendimento exclusivamente pelo SUS. O bom atendimento e o bom desempenho profissional propiciam de forma satisfatória o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, aproximando o indivíduo e suas respectivas particularidades de toda a equipe profissional (MOIMAZ et al., 2010).

6.3 FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA PNH

Verificou-se que o desconhecimento da PNH esteve associado ao sexo masculino. Esse achado pode decorrer do fato de que os homens procuram menos os serviços de saúde (TESTON et al., 2017) ou que procuram apenas quando já estão doentes (ARRUDA;

MARCON, 2016). Este aspecto demonstra que os homens apresentam maior objetividade em questões relacionadas à sua saúde, o que pode originar na preocupação para a especificidade de seu tratamento, sem se atentarem com todos os outros aspectos adjacentes.

A faixa etária ≥ 40 anos associada ao não conhecimento da PNH pode ser entendida pelo fato da PNH ser uma política pública relativamente jovem, afinal, foi criada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003. Conseqüentemente, os usuários com idade igual ou superior a 40 anos, poderiam não ter tido contato com a PNH depois de sua criação nos próprios locais de atendimento à saúde onde ela é vivenciada, assim, desconhecendo sua existência.

O não conhecimento da PNH com a ausência de renda sugere que para essa população desfavorecida economicamente, a preocupação está voltada para políticas públicas que proporcionem crescimento econômico individual ou familiar, moradia, geração de emprego, elevação e redistribuição de renda. Assim sendo, outras políticas públicas como a PNH, podem não atrair a atenção dessa população.

O fato dos indivíduos não saberem que possuem direitos e deveres assegurados por uma Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) também foi associado ao desconhecimento da PNH. Não sabendo que possuem direitos e deveres, as chances desses usuários conhecer uma política pública que possui uma diretriz exatamente para preservá-los são muito reduzidas. Há deficiência da comunicação na propagação dessas informações para os usuários, seja pelos grandes meios de comunicação ou mesmo nos próprios locais de atendimento, que deveriam disponibilizar para todos, informações que eles possuem direitos e deveres e quais são.

A diretriz de defesa dos direitos do usuário de saúde da PNH está atrelada à Portaria do Ministério da Saúde que deu origem ao documento que expõe quais são os direitos e deveres desses usuários (BRASIL, 2009). É esperado que quem não teve acesso a esse documento, a saber, a Carta dos Direitos e Deveres do Usuário da Saúde, também não conheça a PNH, afinal, há essa associação entre ambas.

Salienta-se que, mesmo relatando não saberem que possuem direitos e deveres assegurados e nunca terem tido acesso ao documento que os elucidam, os resultados demonstraram que os usuários vivenciam no dia a dia a preservação desses direitos pela equipe profissional de saúde que os atendem.

Observa-se como limitação do presente estudo que uma pesquisa realizada em um hospital universitário não representa a realidade de todos os hospitais brasileiros.

6.4 SUGESTÕES PARA AMPLIAR O ACESSO DOS USUÁRIOS À PNH

Para ampliar o acesso dos usuários da saúde à PNH, como já há deficiência na comunicação desse tipo de política pública pelas grandes mídias, como TV e rádio, é necessário agir *in loco*. Uma forma dessa comunicação acontecer dar-se-á por meio de visitas nos leitos de internação ou mesmo encontros com acompanhantes e ou familiares dos usuários, a fim de levar informações concernentes à PNH, bem como divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde.

Sugere-se que sejam direcionados representantes do GTH do próprio hospital, para todas as unidades de internação, principalmente nos horários que são permitidas as visitas aos usuários internados, para que dessa forma, as informações que serão repassadas cheguem a mais pessoas no mesmo momento, alcançando então o usuário e seus acompanhantes e ou visitantes.

É recomendado que os representantes do GTH, no momento das visitas aos leitos, estejam em posse de materiais de comunicação referentes à PNH e com a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde impressos. Para além da entrega desse material aos usuários internados e seus acompanhantes e visitantes, informações orais do que se trata a PNH e sua relevância àquelas pessoas também são válidas.

Como as clínicas médica e cirúrgica apresentam maior número de leitos, direciona-se para esses locais, um número maior de representantes do GTH, a fim de conseguir atingir um maior contingente de usuários durante o período de internação. Essa prática deve ser realizada considerando o tempo médio de internação dos pacientes para que se evite repetição do trabalho, leito a leito, em todas as enfermarias.

Num primeiro momento, em consonância com os resultados apresentado por essa pesquisa, priorizar os usuários do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40 anos. Logo, em unidades onde as internações são exclusivamente de característica feminina, como no caso da Ginecologia e Obstetrícia, desprende-se de um número menor de representantes do GTH.

Esse trabalho por parte do GTH, como também dos demais profissionais de saúde que atuam no HC-UFTM possibilitará futuramente, que outras pesquisas com essa mesma temática sejam realizadas no âmbito do hospital e verificadas, a nível de comparação, as melhorias que foram alcançadas com essa propagação de informações que tem como objetivo levar a PNH, suas diretrizes e os direitos dos usuários da saúde ao conhecimento dos usuários.

7 CONCLUSÃO

A maioria dos usuários eram do sexo feminino; na faixa etária ≥ 40 anos; com escolaridade de 4 a 8 anos de estudo; com renda individual de 1 salário mínimo; estavam internados nas clínicas médica e cirúrgica e o tempo de internação variou de 3 a 5 dias.

A maior parte dos usuários desconhecem a PNH; porém sabem que possuem direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde; e não tiveram acesso à Carta dos Direitos e Deveres do Usuário da Saúde, seja por meio eletrônico (site) ou impresso; recebem informações sobre seu estado de saúde de maneira clara quanto ao seu diagnóstico; tipos de exames solicitados; resultados dos exames e previsão do tempo de internação. Esses usuários também relataram que são questionados se seus familiares ou acompanhantes deveriam ser informados sobre seu estado de saúde; que recebem da equipe de atendimento orientações sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta.

O maior percentual de usuários respondeu que não se sentiu discriminado em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual no atendimento, assim como referiram que os profissionais que os atendem utilizam crachás ou outras formas de identificação de fácil visualização.

O não conhecimento da PNH foi associado: ao sexo masculino; a faixa etária ≥ 40 anos; a renda de 0 salários mínimos; a não saber que possui direitos e deveres assegurados pela Portaria do Ministério da Saúde; e a não ter tido acesso à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde.

Embora os usuários entrevistados referiram não possuir conhecimento do que se trata a PNH, essa política pública mostrou-se estar sendo vivenciada pela maioria no cotidiano hospitalar por meio do trabalho dos profissionais de saúde que ali atuam.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 02, p. 334-348, 2013.
- ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, Recife, v. 05, n. 01, p. 01-09, 2013.
- ARRETCHE, Marta. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, 2003.
- ARRUDA, Guilherme Oliveira; MARCON, Sonia Silva. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 01-09, 2016.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2864-2875, 2012.
- BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no Espaço de relações. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 06, p. 745-750, 2010.
- BARBOSA, Guilherme Correa, et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 01, p. 123-127, 2013.
- BORGES, Grasiela Cristina Reis; NASCIMENTO, Edinalva Neves; BORGES, Daniel Martins. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v. 30, n. 01, p. 194-200, 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 91 de 18 de fevereiro de 2016. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 fevereiro 2018.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 25 fevereiro 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.808, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 fevereiro 2018.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**.

Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 11 fevereiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 01 março 2018.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 20 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 março 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 20 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 01 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf>. Acesso em: 28 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 11 fevereiro 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf>. Acesso em: 20 fevereiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – Cadernos Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 05 fevereiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 agosto 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013.

CARVALHO, Helena. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo, 2004.

CAVERZAN, Thamiris Crisina Rossi, et al. Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. **Arquivo de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 04, p. 37-41, 2017.

COELHO, Juliana Souza. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 51, n. 01, p. 138-151, 2012.

COHN, Amélia; BUJDOSO, Yasmin Lilla. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 27, n. 01, p. 33-47, 2015.

COSTA, Juvenal Soares Dias da, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 05, p. 923-933, 2010.

CRUZ, Denise Nogueira, et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 02, p. 186-198, 2016.

DATASUS. Brasil; Sistema de informações hospitalares, 2019. Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 janeiro 2019.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 02, p. 285-292, 2013.

DUBOW, Camila, et al. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Revista Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 08, n. 02, p. 103-111, 2017.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Carta de Serviços ao Cidadão do Hospital de Clínicas da UFTM**. Uberaba, 39p, 2017.

FALK, Maria Lucia Rodrigues, et al. Acolhimento como Dispositivo de Humanização: Percepção do Usuário e do Trabalhador em Saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, p. 4-9, 2010.

FERNANDES, Josicelia Dumêt, et al. Aderência de Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais na Perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, p. 82-89, 2017.

FILHO, Serafim Barbosa Santos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 01, p. 603-613, 2009.

HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 01, p. 86-91, 2010.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

MORAES, Daniel Silva, et al. Fatores associados à internação prolongada nas admissões pela urgência e emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 02, p. 680-691, 2017.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 04, p. 1419-1440, 2010.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3879-3887, 2016.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 01, p. 627-640, 2009.

OLIVEIRA, Edilaine Cristina, et al. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Paraná, v. 11, n. 09, p. 172-197, 2017.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 15 junho de 2018.

OYAMA, Silvia Maria Ribeiro, et al. Análise da percepção do acolhimento pelos usuários de uma unidade básica de saúde de Jundiá. **REVA Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 03, p. 01-09, 2017.

PARDO-DEL-VAL, Manuela.; MARTÍNEZ-FUENTES, Clara.; ROIG-DOBÓN, Salvador. Participative management and its influence on organizational change. **Management Decision**, v. 50, n. 10, p. 1843-1860, 2012.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A Importância da Humanização a Partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 01, n. 01, p. 92-100, 2008.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEREIRA, Alessandra Barbosa; NETO, João Leite Ferreira. Processo de Implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 01, p. 67-87, 2015.

PESSATTI, Mirela Pilon. **A intercessão Arquitetura e Saúde: quando o problema é a falta de espaço na unidade de saúde, qual é o espaço que falta?** 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2008.

PINTO, Pablo Aurélio Lacerda de Almeida, et al. O impacto da atividade econômica sobre a saúde dos indivíduos: uma análise a partir da PNAD 2008. **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 04, p. 01-17, 2016.

ROLIN, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2012.

RUFINO, Geísa Pereira, et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 04, p. 291-297, 2012.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos, et al. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 02, p. 01-08, 2011.

SILVA, Daiane Alves da. **Fatores associados à internação hospitalar por tuberculose.** 2016. 63 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

SILVA, Kenia Lara, et al. Formação do Enfermeiro: Desafios para a Promoção da Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, p. 368-376, 2010.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 03, p. 509-517, 2010.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 01, p. 681-688, 2009.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 04, p. 1079-1097, 2010.

TESTON, Elen Ferraz, et al. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 22, n. 04, p. 1414-1429, 2017.

TIENSOLI, Sabrina Daros, et al. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 03, p. 573-578, 2014.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá**, Maringá, n. 40, p. 197-206, 2014.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 03, p. 529-550, 2008.

WYSOCKI, Anneliese Domingues, et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 01, p. 161-175, 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nome: _____ Número Identificação: _____

Número Identificação: _____

1- **Unidade de Internação:** _____

2- **Tempo de Internação (em dias):** _____

3- **Sexo**

Masculino Feminino

4- **Idade (em anos):** _____

5- **Escolaridade (em anos de estudo):** _____

6- **Renda Individual (em salários mínimos):** _____

7- **Você tem conhecimento do que se trata a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde?**

Sim Não

8- **Você sabe que, na condição de usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), você possui direitos e deveres assegurados por uma Portaria do Ministério da Saúde?**

Sim Não

9- **Já teve acesso, por meio impresso ou eletrônico (site) à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, do Ministério da Saúde?**

Sim Não

Você recebe informações sobre o seu estado de saúde de maneira clara quanto a:

10- diagnóstico: Sim Não

11- tipos dos exames solicitados: Sim Não

12- resultados dos exames solicitados: Sim Não

13- previsão de tempo de internação: Sim Não

14- **Perguntaram para você se seus familiares e acompanhantes deveriam ser informados sobre seu estado de saúde?**

Sim Não

15- Você ou seu acompanhante recebe da equipe de atendimento (médicos, enfermeiros...) orientação sobre os cuidados que devem ser tomados após a alta?

Sim Não

16- Você se sentiu discriminado em virtude de idade, raça, cor ou orientação sexual no atendimento recebido neste hospital?

Sim Não

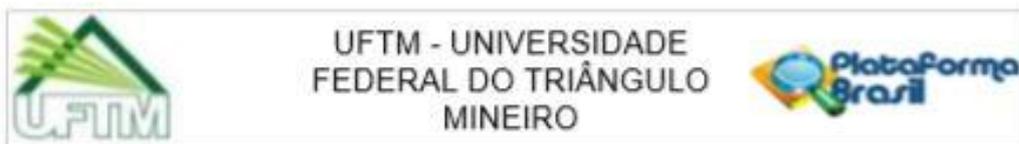
17- Os profissionais que te atendem usam crachás ou outras formas de identificação de fácil visualização?

Sim Não

18- Você está satisfeito com os serviços de saúde que você recebe nesse hospital?

Sim Não

ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política Nacional de Humanização e a diretriz de defesa dos direitos dos usuários de saúde

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02144018.7.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.013.927

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"Internacionalmente, o direito à saúde foi reconhecido em 1948 por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, neste ano, aprovada pela Organização das Nações Unidas - ONU. Em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi formulada a Declaração Alma-Ata, reafirmando a saúde como um direito fundamental, dirigindo-se a todos os governos na busca pela promoção de saúde em todo o mundo (MOIMAZ et al., 2016).

Já no Brasil, a Constituição Federal de 1988 legitima a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde - SUS surge então como um produto de políticas sociais, tendo a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como base jurídica e constitucional (SOUZA; COSTA, 2010).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também denominada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e funcionamento dos serviços em saúde. A mesma aponta os objetivos do SUS, bem como suas competências e atribuições, como as funções da União, dos Estados e dos Municípios. Complementando, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), dispõe

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3700-6803

Município: UBERABA

CEP: 38.025-260

E-mail: cep@uftm.edu.br



UFTM - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO



Continuação do Parecer: 3.013.927

sobre a participação social na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros específicos da área da saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Em consonância ao SUS e com a multiplicação de instâncias de participação social na formulação e na implementação de políticas públicas setoriais de forma geral, as políticas de saúde avançaram a fim de alcançar a universalização do direito à saúde. Vale ressaltar que, entre todos os segmentos de políticas públicas, aqueles voltados à saúde foram pioneiros nos conselhos gestores desde 1990, apresentando inclusive modelos de uma organização para a prestação de serviços e de atenção à saúde. Exemplo disso foi a instituição do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, nos mesmos moldes do SUS, no que se refere à participação social na gestão da política de assistência social (COHN; BUJDOSO, 2015).

A Política Nacional de Humanização - PNH, popularmente conhecida como HumanizaSUS é uma política pública social criada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 para tratar da humanização nos serviços em saúde (PEREIRA; NETO, 2015). Tocci e Costa (2014) apontam que a humanização visa transformar as mais diversificadas ações, bem como da gestão do SUS, sendo necessário traduzir os princípios do sistema, construir uma comunicação efetiva entre produzir saúde e todos os envolvidos, contagiando trabalhadores, profissionais, gestores e os próprios usuários com atitudes humanizadas.

A PNH configura-se como uma política pública de estado que apresenta princípios, diretrizes e suas operações pautadas em dispositivos para praticá-las. Os princípios impulsionam as ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas, como mudanças dos modelos de atenção e gestão até então fundados na racionalidade biomédica (centrados na doença e no atendimento hospitalar) (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Essa política apresenta um conjunto de diretrizes, a fim de orientar as ações que são necessárias para seu desenvolvimento, como acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais (BRASIL, 2013).

Em se tratando da diretriz de defesa dos direitos dos usuários, a principal base para fazer valer a mesma é a Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS (BRASIL, 2009). Tal Portaria deu origem à Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, a fim de ser amplamente difundida e compartilhada entre os usuários de saúde no Brasil.

Dentre os diversos direitos e deveres apresentados na Portaria nº 1.820, destaca-se o direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção,

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-260

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



proteção, tratamento e recuperação da saúde e que esse acesso dar-se-á por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos da localidade de sua residência. Merece destaque, também, com suas respectivas características, o direito do cidadão a um tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde (BRASIL, 2006).

Desta feita, problematiza-se: a PNH é satisfatoriamente desenvolvida em um hospital de alta complexidade que oferece serviços aos usuários do sistema de saúde exclusivamente pelo SUS?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

“OBJETIVO GERAL:

Analisar a implantação da Diretriz Defesa dos Direitos dos Usuários, presente na PNH, em um hospital de alta complexidade, pela perspectiva da satisfação do usuário.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os usuários atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde;
2. Identificar o conhecimento do usuário segundo: acesso à Carta dos Direitos do Usuário; acesso ao tratamento e exames necessários; orientações para a alta; informações sobre o seu estado de saúde; interesse em disponibilizar informações para familiares e acompanhantes sobre seu estado de saúde;
3. Descrever os fatores sociodemográficos, de condições de saúde e a Diretriz de Defesa dos Direitos dos Usuários de saúde da PNH associados com a satisfação e insatisfação dos usuários.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

“O risco que o participante desta pesquisa está sujeito é de cansaço ou aborrecimento ao responder ao instrumento de pesquisa. Para sanar esse risco, o pesquisador tratará a todos de forma cortês e coletará os dados necessários da forma mais ágil possível, sem que interfira na qualidade da aplicação do questionário. Como benefício, este estudo visa contribuir para sanar lacunas em pesquisas relacionadas a políticas públicas e suas aplicações, a fim de tratar de forma mais clara e objetiva e consequentemente, obter maiores condições de apresentar propostas para soluções ou minimização de gargalos, principalmente no que mais se aproxima ao usuário do

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-260

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UFTM - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO



Continuação do Parecer: 3.013.927

sistema público de saúde, uma vez que este é o sujeito da pesquisa e sua satisfação ou insatisfação que será observada."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado na reunião do CEP-UFTM em 09/11/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1249054.pdf	31/10/2018 17:17:19		Aceito
Outros	Autorizacao_gep.pdf	31/10/2018 17:18:20	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Outros	Carta_Aceite.pdf	31/10/2018 17:12:24	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	31/10/2018 17:11:53	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/10/2018 17:11:25	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.docx	31/10/2018 17:11:11	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-260

UF: MG **Município:** UBERABA

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



UFTM - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO



Continuação do Parecer: 3.013.927

Investigador	projeto.docx	31/10/2018 17:11:11	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	31/10/2018 17:04:32	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 11 de Novembro de 2018

Assinado por:
Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-260

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para participantes do Hospital das Clínicas da UFTM)

ESCLARECIMENTO

Convidamos você a participar da pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH. O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento dos usuários sobre a Diretriz Defesa dos Direitos dos Usuários, presente na PNH, em um hospital de alta complexidade. Sua participação é importante, pois contribuirá para sanar lacunas em pesquisas relacionadas a políticas públicas e suas aplicações, a fim de tratar de forma mais clara e objetiva e conseqüentemente, obter maiores condições de apresentar propostas para soluções ou minimização de gargalos.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um curto questionário estruturado, no leito de internação onde se encontra; com tempo estimado de 20 minutos, no período entre 01 de novembro de 2018 e 31 de dezembro de 2018.

Espera-se que de sua participação na pesquisa, consigamos levantar dados que beneficiará na avaliação da Política Nacional de Humanização, uma política pública de Estado voltada para o serviço de saúde no Brasil.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto a qualquer atendimento necessário nessa unidade, médico ou de enfermagem, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. O risco que você está sujeito é de cansaço ou aborrecimento ao responder ao instrumento de pesquisa. Para sanar esse risco, o pesquisador tratará todos de forma cortês e coletará os dados necessários da forma mais ágil possível, sem que interfira na qualidade da aplicação do questionário. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador (es): Rutiely Tomaz Silva e Darlene Mara dos Santos Tavares

Nome: Rutiely Tomaz Silva

E-mail: tielim@hotmail.com

Telefone: (34) 3311-3385 / 99970-5682

Endereço: R. Ronam Martins Marques, 360 – Santa Maria – Uberaba-MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Rua Conde Prados, 191, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento de saúde que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável