



POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – CONTRIBUTOS PARA A DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Ana Sofia Gonçalves Ribeiro Moreira da Silva

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada Por: Professor Doutor J. Paulo K. Moreira

Vila Nova de Gaia, Outubro, 2011



POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – CONTRIBUTOS PARA A DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Ana Sofia Gonçalves Ribeiro Moreira da Silva

Professor Doutor J. Paulo K. Moreira

Vila Nova de Gaia, Outubro, 2011

RESUMO

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), iniciada em 2005, visa melhorar o desempenho dos centros de saúde através da reorganização dos serviços em várias unidades funcionais, no sentido de resolver os problemas tendo em conta as necessidades a satisfazer, complementando-se entre si e assumindo compromissos de acessibilidade e qualidade nos cuidados de saúde prestados.

Ao mesmo tempo, são criados órgãos de gestão e governação clínica que nunca antes existiram nos CSP, envolvendo a participação da comunidade. A optimização da gestão e da governação clínica permitiu organizar os serviços de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dando-lhes poderes e responsabilidades para solucionarem problemas e tomarem as decisões acertadas e céleres, já que conhecem melhor as necessidades de saúde das populações. As relações burocráticas são substituídas por relações de contratualidade, orientadas para obter melhores resultados em saúde.

Partindo destes pressupostos, o estudo realizado pretende analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à política de humanização dos CSP, bem como, identificar/construir indicadores que avaliem essa política, sendo um estudo de carácter exploratório e descritivo, à luz de uma abordagem qualitativa.

Participaram neste estudo cinco profissionais de saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, IP, do Departamento de Contratualização, Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte e do ACES Tâmega II - Vale Sousa Sul, seleccionados por conveniência e inquiridos por entrevista semi-estruturada.

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo com o apoio informático NVivo9.

Os resultados apresentados, com base nas entrevistas realizadas aos participantes no estudo, sustentam que os actuais indicadores quantitativos contratualizados com as unidades funcionais, expressam a política de humanização num serviço de saúde, não coincidindo totalmente com as definições internacionais expressas neste estudo.

Palavras-chave: Humanização, Cuidados de Saúde Primários, Contratualização, Indicadores.

RESUMEN

La reforma de la Atención Primaria de Salud (APS) se inició en 2005 y tiene como objetivo mejorar el rendimiento de los Centros de Salud a través de la reorganización de los servicios en varias unidades funcionales con el fin de resolver los problemas, teniendo en cuenta las necesidades, se complementando con compromisos y decisiones de la calidad y de la accesibilidad de la Atención Sanitaria prestada.

Al mismo tiempo, son creados los órganos de gestión y gobernanza clínica que nunca había existido en la Atención Primaria de Salud, con la participación de la comunidad. La optimización de la gestión y la gobernanza clínica ha permitido organizar los servicios de salud en grupos de Centros de Salud (ACES), dándoles el poder y la responsabilidad de resolver problemas y tomar las decisiones correctas y oportunas, ya que conocen mejor las necesidades sanitarias de las poblaciones. Las relaciones burocráticas se sustituyen por relaciones de contractualismo, dirigida por mejores resultados de salud.

Partiendo de estas premisas, el estudio tiene como objetivo analizar la percepción de la política sanitaria con respecto a la humanización de la APS, así como identificar / construir indicadores que permitan evaluar la política, siendo un estudio con carácter exploratorio y descriptivo, con enfoque cualitativo.

En el estudio participaron cinco profesionales de la salud del Autoridad Regional de Salud (ARS) del Norte, del Departamento de Contratos, del Departamento de Estudios y Planificación del ARS Norte y ACES Tâmega II – Valle del Sousa Sur (ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul), seleccionados por conveniencia y encuestados por entrevista semi-estructurada.

Los datos fueron procesados a través del análisis de contenido con el soporte informático NVivo9.

Los resultados, basados en las entrevistas con los participantes del estudio sostienen que los indicadores cuantitativos de los existentes contratados con las unidades funcionales, que expresan la política de humanización en el servicio de salud, que no coinciden plenamente con las definiciones internacionales expresadas en este estudio.

Palabras clave: Humanización, Atención Primaria de Salud, Contratos, Indicadores.

ABSTRACT

The reform of Primary Health Care (PHC), has started in 2005 and aims the improvement of performance of Health Centres through the reorganization of services into various functional units in order to solve problems related to needs, completing each other and compromising quality and accessibility in health care.

At the same time it appears new management board and clinical governance that have never existed in the Primary Health Care, involving the community participation. The excellence of management and clinical governance has allowed the organization of health services in Pools Health Centers (ACES), giving them the power and the responsibility to solve problems and to make the right decision at the right time because they have a better knowledge of the population health needs. The bureaucratic relations are replaced by contracts that aim better health outcomes.

Based on these assumptions, this study aims to analyze the perception of health policy regarding the humanization of Primary Health Care as well as identify / build indicators that evaluate the policy, a study that has an exploratory and descriptive form, within a qualitative approach.

The sample consisted of five health professionals Regional Health Authority (ARS) North, IP, the Department of Contracts, Department of Studies and Planning (North Health Administration (ARS-N) and Tâmega ACES II - Sousa Vale South, selected for convenience and interviewed in a semi-structured interview.

Data was processed within the context analysis with NVivo9 computer support.

The results, based on interviews of participants in the study, support that the existing Functional Units contracted quantitative indicators express the humanization policy in a Health Service, however not fully concurring with the international definitions expressed in this study.

Keywords: Humanization, Primary Health Care, Contracts, Indicators.

Dedicatória

Dedico esta tese a quem partilhou comigo todos os momentos que percorri ao longo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador Professor Dr. J. Paulo K. Moreira pela forma como me aconselhou, pela disponibilidade e interesse que sempre demonstrou.

Agradeço também ao Professor Rui Pimenta, Professora Artemisa Dores, Professora Ana Salgado e Professora Helena Martins por me ajudarem a caminhar na direcção correcta, com contributos fundamentais e decisivos para a realização deste estudo.

Também não poderia deixar de congratular todos os profissionais de saúde, que participaram de forma voluntária neste estudo, que através da sua experiência, emitiram opiniões preciosas para os resultados obtidos.

Uma palavra de gratidão para a Glória Magalhães.

Por último, e igualmente importante, um agradecimento muito especial à minha família, que sempre me incentivou a evoluir profissionalmente.

A todos os que referi, o meu MUITO OBRIGADO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CMM – Custos Médios de Medicamentos
CSP – Cuidado de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral da Saúde
DL – Decreto-Lei
ESTSP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
EUA – Estados Unidos da América
GCS – Governação Clínica e da Saúde
IDP – Indicadores de Desempenho e Produtividade
IMC – Índice de Massa Corporal
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF – Medicina Geral e Familiar
OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAPS - Projecto de Apoio aos Profissionais de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Plano Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNV – Plano Nacional de Vacinação
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SI – Sistema de Informação
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UMCSP – Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidades de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	iv
RESUMEN.....	v
Palabras clave: Humanización, Atención Primaria de Salud, Contratos, Indicadores.....	v
ABSTRACT	vi
Dedicatória	vii
AGRADECIMENTOS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
ÍNDICE GERAL	x
INTRODUÇÃO	1i
Capítulo I – Enquadramento Teórico	5
1.1. Humanização nos serviços de saúde	6
1.1.1. Conceito	6
1.1.2. Evolução Histórica	8
1.2. Humanização nas suas vertentes	9
1.2.1. Ética	9
1.2.2. Moral	10
1.2.3. “Violência” Institucional.....	10
1.2.4. Tecnologia	11
1.2.5. Qualidade	11
1.2.6. Condições de Trabalho/ Instalações	12
1.2.7. Formação.....	13
1.2.8. Relação Médico-Utente	13
1.3. Políticas de Humanização na Saúde	15
1.3.1. Programa “Projecto de Apoio aos Profissionais de Saúde” (PAPS).....	17
1.3.2. Unidades Móveis de Saúde	17
1.3.3. Passaporte de Saúde dos Imigrantes	17
1.3.4. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC)	17
1.3.5. Cheque Dentista.....	18
1.3.6. Outros programas	18
1.4. Contratualização em Saúde	18
1.4.1. Contratualização – Revisão de Vários Países	21
1.5. Indicadores de Saúde	25
1.5.1. Conceito	25

1.5.2. Critérios para definição de indicadores	26
1.5.3. Tipo de Indicadores	27
1.5.3.1. Indicadores das USF	27
1.5.3.2. Indicadores das UCC.....	29
1.5.3.3. Indicadores de Caracterização dos ACES	30
1.5.3.4. Indicadores do PNS 2004–2010	32
1.5.4. Reflexão Sobre Actuais Indicadores	36
Capítulo II - Metodologia de Investigação	38
2.1. Tipo de Estudo	39
2.2. População e Participantes no Estudo.....	41
2.3. Caracterização do Instrumento.....	42
2.4. Tratamento de Dados.....	43
2.5. Limitações ao Estudo.....	45
Capítulo III – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	46
3.1. Caracterização dos Participantes no Estudo	47
3.2. Apresentação, Análise e Discussão das Narrativas dos Participantes no Estudo	47
3.2.1. Conceito Humanização.....	49
3.2.1.1. Reconhecimento dos direitos dos utentes.....	50
3.2.1.2. Satisfação das necessidades biofisiológicas e psicológicas.....	51
3.2.1.3. Valorizar o cuidado nas dimensões éticas e técnicas	51
3.2.2. Vertentes da Humanização	52
3.2.2.1. Acesso.....	53
3.2.2.2. Condições de trabalho e instalações.....	54
3.2.2.3. Ética e Moral	55
3.2.2.4. Formação dos profissionais.....	55
3.2.2.5. Qualidade	56
3.2.2.6. Relação médico-utente	57
3.2.2.7. Tecnologia	58
3.2.3. Avaliação da Política de Humanização	59
3.2.3.1. Acesso.....	59
3.2.3.2. Eficácia.....	60
3.2.3.3. Melhoria contínua	60
3.2.3.4. Partilha da visão, missão, valores	61
3.2.3.5. Reduzir as filas de espera	62

3.2.4. Contratualização	62
3.2.4.1. Carteira básica de serviços	63
3.2.4.2. Formação dos profissionais.....	63
3.2.4.3. Unidades Funcionais	64
3.2.5 Indicadores.....	64
3.2.5.1. Acesso.....	65
3.2.5.2. Eficiência	65
3.2.5.3. Produtividade	65
3.2.5.4. Qualidade Técnico-Científica.....	66
3.2.5.5. Satisfação dos utentes e profissionais	66
Capítulo IV – Conclusões e Sugestões.....	69
Conclusões	70
Sugestões para estudos futuros.....	72
Referências Bibliográficas.....	73
Anexos	
Anexo I – Guião da Entrevista	
Anexo II – Nodes e Tree Nodes	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro-síntese do modelo de organização dos cuidados de saúde em cada país	23
Quadro 2 – Indicadores base – comuns a todas as USF	29
Quadro 3 – Indicadores para atribuição de incentivos financeiros	29
Quadro 4 – Indicadores comuns à UCC	30
Quadro 5 – Indicadores do ACES	32
Quadro 6 – Caracterização dos participantes	48
Quadro 7 – Perspectiva das categorias e subcategorias de análise	49
Quadro 8 – Matriz do Número de Referências codificadas no “Nodes” Conceito	50
Quadro 9 – Categoria de contratualização	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Entrevistas codificadas segunda a sua semelhança	50
Gráfico 2 – Vertentes da humanização	53
Gráfico 3 - Categoria de avaliação da política de humanização	60
Gráfico 4 – Categoria de Indicadores	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Figura representativa da Política de Humanização em Serviços de Saúde	68
--	----

INTRODUÇÃO

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010, no capítulo de Qualidade em Saúde surge como orientação estratégica a Humanização dos Serviços, propondo um novo enquadramento legal ao acesso à humanização dos serviços, da diversidade étnica à religiosa, investir na formação dos membros das Comissões de Ética e revitalizar a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.

A preferência do sector público em relação ao privado aumentou entre 2001 a 2008, quer na medicina geral e familiar (MGF), quer nos hospitais. As razões são várias; motivos económicos, meios, instalações, recursos humanos, cuidados de saúde próximos da residência, confiança e segurança nos tratamentos e serviço humanizado. As principais razões de preferência do sector privado são a rapidez no atendimento, a atenção dispensada, a humanização dos serviços, o funcionamento mais eficaz e melhor organização (PNS 2011-16, 2011).

Contudo, a actual reforma dos CSP tem como objectivos melhorar a qualidade do atendimento aos cidadãos e, conseqüentemente, melhorar o seu nível de satisfação (Pisco, 2010).

Nos documentos de discussão pública do PNS 2011-2016, no Capítulo de Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde, é mencionado que as necessidades de saúde passam pela qualidade, quanto à organização dos serviços e à dimensão técnica e humanização.

Também na 3ª parte – Cadernos Suplementares, no Capítulo da Promoção da Cidadania em Saúde, é referido que é necessário desenvolver as competências dos profissionais de saúde na relação com o doente, comunicação interpessoal e social, humanização dos cuidados e educação para a saúde.

No entanto, temos de conseguir o mais difícil: educar as pessoas, prioritariamente o pessoal da saúde, para a necessidade de atendimento muito mais humanizado. Para satisfazer a população não basta que resolvam os problemas estatísticos; é necessário resolver os problemas pessoais no tempo pessoal e com o calor humano que todos precisamos quanto estamos mais frágeis (Marques, s.d.).

Por outro lado, a reforma dos CSP introduz a governação clínica e da saúde (GCS), caracterizando-se por uma rede de equipa multidisciplinares, organizadas nas diversas unidades funcionais como as unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), assim como na descentralização da gestão organizacional passando para o nível local com a criação dos ACES. Também se verifica a concentração de meios e recursos que são escassos, quer técnico-assistenciais (URAP), quer de gestão, através das unidades de apoio à gestão (UAG) e o reforço da participação da comunidade através de órgãos como o gabinete do cidadão e o conselho da comunidade.

Sendo assim, a actividade de todas estas unidades funcionais carecem de métodos de governação clínica eficazes, que propiciem uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados e orientados para os objectivos e metas a atingir, sendo um modelo orientado para ganhos de saúde e bem-estar colectivo.

Por isso, é necessário envolver o empenho dos profissionais de saúde nesta reforma, e consequentemente para a sua satisfação, qualidade de desempenho e de resultados. Esta cultura de governação clínica assenta na responsabilidade individual de cada profissional, integrada numa lógica de trabalho em equipa.

“A questão da humanização é a mais cadente de todas as que dizem respeito à saúde. Ela afecta centenas de milhares de cidadãos, mas não suscita marcado interesse ou especial atenção, com os meios de comunicação social a darem prioridade a questões irrelevantes para a esmagadora maioria da população, tais como a procriação medicamente assistida ou a eutanásia” (S.João, 2008, p. 28).

Os CSP em Portugal estão numa fase de grande reforma, em que o utente passa a estar no centro do sistema, ou seja, a prestação e o planeamento dos cuidados está voltado para o utente.

Neste sentido, é legítimo reflectir se existe humanização na saúde.

“Humanizar trata-se de uma exigência ética irrecusável e não apenas de uma, aliás louvável preocupação com a melhoria de qualidade e de eficácia dos serviços prestados. Exigência ética ditada pelos mais fundamentais valores da pessoa humana, que por estar ou se apresentar doente, nada perde da sua dignidade, liberdade, autonomia e à qual devemos atenção, solidariedade, solicitude” (S.João, 2008, p.27).

Por outro lado, o papel do gestor na humanização da saúde é fundamental, pois tem a responsabilidade de contratar profissionais em número suficiente, de promover condições dignas de trabalho, de adquirir melhores equipamentos, bem como, da abertura de novos serviços. Só assim, os profissionais de saúde podem melhorar o atendimento aos utentes de forma mais humana e respeitosa.

Pelos factos expostos, faz sentido reflectir na problemática da humanização nos serviços de saúde, reflectindo até que ponto a política de humanização pode ser ou não alvo de contratualização.

Este estudo, pretende analisar a percepção dos profissionais de saúde da ARS Norte, IP, quanto à política de humanização nos CSP, encontrando respostas para as seguintes questões: definir humanização num serviço de saúde; identificar as diferentes vertentes de humanização; identificar os critérios de avaliação da política de humanização; saber de que forma a sua política pode integrar a contratualização; e finalmente, enumerar os possíveis indicadores a integrarem a contratualização nos CSP.

Sendo um estudo descritivo e de carácter qualitativo, foi utilizada a entrevista semi-estruturada para recolha dos dados e o software Nvivo9 para o tratamento dos dados, realizada através da análise indutiva e dedutiva.

Este estudo além da presente introdução, encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro capítulo, denominado de enquadramento teórico, pretende explorar o conceito de humanização nas diversas literaturas, as várias vertentes de humanização e os indicadores aplicados aos CSP.

O segundo capítulo faz referência à metodologia utilizada neste estudo, apresentado o tipo de pesquisa, a definição da população e participantes no estudo, a escolha da técnica e do método.

O terceiro capítulo apresenta, analisa e discute os resultados obtidos.

O capítulo quarto apresenta as conclusões e sugestões finais, tendo por base o conhecimento sintetizado nos dois últimos capítulos, salientando ainda recomendações para estudos futuros.

Finalmente, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas no estudo.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Humanização nos serviços de saúde

1.1.1. Conceito

No dicionário da Porto Editora, humanização é o nome feminino que significa acto de humanizar, ou humanizar-se. Sendo que humanizar, enquanto verbo transitivo define-se como tornar humano, dar condição ou forma humana, tornar mais adaptado aos seres humanos, tornar compreensivo, bondoso, sociável.

Esta definição contempla em grande parte o preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro em 2001, que define humanização, sendo em sua essência “tornar humano, benévolo, sensível e caridoso e mudar os paradigmas de gestão, possibilitando aos profissionais o acesso e a participação mais efetiva nos processos que envolvam um atendimento com cortesia, benevolência, simpatia e respeito” (Santos, Mendonça, & Oliveira, 2008, p. 5).

Por outro lado, Howard (como citado em Almeida, Chaves, & Brito, 2009) refere que a primeira definição de humanização se baseia na premissa que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas, sendo as suas atitudes orientadas para as satisfazer. Refere ainda que reconhecer apenas as necessidades supra citadas seria insuficiente para satisfazer o ser humano completamente, propondo que as necessidades contemplem a expressão e o respeito para consigo mesmo, o afecto, a simpatia e o relacionamento social.

Segundo Francesc Raventós (como citado em Prat, comunicação pessoal, Abril 3-5, 2008), Director General del INSALUD,

“Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud”.

No entanto, Martins (como citado em Mota, Martins, & Verás, 2008) define humanização como um “processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização” (p. 324).

Para Morin (como citado em Backes, Koerich, & Erdmann, 2007) a humanização, à luz do paradigma da complexidade, poderá ser alcançada mediante a revolução das “relações entre os humanos, desde as relações consigo mesmo, com o outro e com os próximos, relações entre nações e estados e as relações entre os homens e a tecno-burocracia, entre os homens e a sociedade, entre os homens e o conhecimento, entre os homens e a natureza” (p. 3).

Neste sentido, entende Rios (como citado em Mello, 2006), que a humanização significa “valorizar a dimensão subjectiva de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos; garantir condições para que os profissionais de saúde efectuem seu trabalho de modo digno e criador de novas acções e para que possam participar como co-gestores do processo de trabalho e fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade” (p. 168).

Já Lepargneur (como citado em Mota *et al.*, 2008) afirma que humanizar “é saber promover o bem comum acima da susceptibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo” (p. 324).

Actualmente, o termo humanização é aplicado a situações que valorizam os cuidados nas dimensões técnicas e científicas e reconhece os direitos do paciente, respeitando a individualidade, dignidade, autonomia e subjectividade, sem esquecer o reconhecimento profissional.

Segundo Freyre (citado por Mota *et al.*, 2008) a humanização “estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projecto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (p. 324).

Podemos dizer que “a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um colectivo, sujeito da história de muitas vidas” (Mota *et al.*, 2008, p. 324).

Tanto é que Benevides e Passos (como citados em Almeida *et al.*, 2009) “chegam a considerar a humanização na prática profissional como um modismo, em que a única alteração foi a inclusão da palavra humanização no ambiente de cuidados de saúde e não uma qualificação das relações inter-humanas que aí ocorrem” (p. 90).

A humanização “nas práticas de saúde foi concebido como o encontro de sujeitos no e pelo acto de cuidar, ou seja, o encontro de subjectividades” (Almeida *et al.*, 2009, p. 90).

“A humanização pressupõe um sistema de valores, ou seja, um sistema complexo de organização e de civilização que respeita a autonomia dos indivíduos, a diversidade de ideias, a liberdade de expressão e o resgate da subjectividade. O desafio dos profissionais de saúde frente ao progresso técnico-científico é, portanto, construir o processo de inclusão de todas as pessoas e povos como beneficiários desse progresso” (Backes *et al.*, 2007, p. 3).

“O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social. Para isso, deve-se considerar acima de tudo que para desencadear um processo de humanização no ambiente hospitalar, não são necessários grandes investimentos ou adaptações no ambiente físico. É primordial que haja sensibilização com relação a problematização da realidade concreta, a partir da equipa multidisciplinar” (Faquinello, Harumi, & Marcon, 2007, p. 610).

A humanidade define-se como o funcionamento de toda a espécie humana, visando que todos tenham acesso ao que precisam, segundo as suas necessidades e ser dado a cada um as condições para desenvolver e exercitar as suas capacidades (Oliveira, Collet, & Vieira, 2006).

Nesse sentido, “humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as acções, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade” (Oliveira *et al.*, 2006, p.282).

Nos países de língua portuguesa, a noção de humanização é influenciada pela “cultura do catolicismo, a qual por sua vez fertilizou directa ou indirectamente o campo da Enfermagem, durante muito tempo herdeiro dos conceitos assistencialistas da Igreja. Para a fé cristã, o que caracteriza o homem é a existência de alma. Humanizar é melhorar a alma, aproximando assim o Homem do seu Criador, o que no limite pode significar suavizar a morte – numa época em que as armas terapêuticas eram escassas e débeis” (Nogueira, comunicação pessoal, Janeiro 4, 2010, p. 1).

Segundo o Centro de Humanização em Saúde, “condireda que Quien tiene la cualidad de la humanidad admira, siente, ama y sueña de otra manera. La riqueza de humanidad transforma y cualifica la propia sensibilidad personal: no mira para poseer, sino para compartir la mirada; y, en lugar de creer que el individualismo posesivo es la última palabra, piensa que sólo la sociedad cooperativa, convivencial, accesible y participativa es digna de ser deseada” (Prat, comunicação pessoal, Abril 3-5, 2008).

Humanizar no mundo da saúde, significa colocar a marca do humano no relacionamento com cada utente, questionando o homem e os seus valores, sendo característica da pós-modernidade, afectando as nossas relações e a convivência em sociedade (S.João, 2008).

No sentido filosófico, humanização é um termo que reconhece o valor e a dignidade do Homem, considerando a sua natureza, seus limites e interesses. O humanismo cria meios para que os indivíduos se compreendem uns aos outros (Rios, 2009b).

1.1.2. Evolução Histórica

“A saúde, como um direito humano fundamental, passou a ser preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) após a II Guerra Mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição, mencionando a nível internacional, pela primeira vez, a saúde como direito humano, corroborado posteriormente a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948 “ (Goulart & Chiari, 2010, p. 256).

Segundo Max (como citado em Viterbo, s.d.) “a acção humana é social na medida em que, em função da significação subjectiva que o indivíduo ou os indivíduos que agem lhe atribuem, toma em consideração o comportamento dos outros e é por ele afectada no seu curso” (p. 4). A definição que Emile Durkheim deu da acção social é bem diferente da de Max Weber, consistindo

“em maneiras de agir, de pensar e de sentir, exteriores ao indivíduo e que são dotadas de um poder de coerção em virtude do qual se lhe impõem” (Viterbo, s.d., p. 4).

Na medicina, a reflexão da humanização do atendimento aconteceu em 1970, tornando-se um exercício crítico e autocrítico à racionalidade vigente, à impessoalidade do modelo médico, à falta de informação e de protagonismo dos pacientes perante a terapêutica. Em 1972, ocorreu em São Francisco (EUA) um simpósio nacional intitulado “Humanizando o Cuidado em Saúde”, e na consulta bibliográfica da Medline a palavra chave de “humanização” registava 37 textos, sob referências teórico-disciplinares diversas, sociólogos, psicólogos, éticistas, médicos, enfermeiros e arquitectos têm, desde então, debatido a humanização dos cuidados em saúde (Deslandes, 2005).

O humanismo “foi um movimento espiritual que se constituiu a base ideológica do Renascimento Europeu. Caracterizou-se pela redescoberta e revalorização do património cultural da antiguidade greco-latina e também pela tentativa de solucionar os grandes problemas do homem a partir de uma reinterpretação da civilização cristã. O humanismo favoreceu, em sentido amplo, o desenvolvimento de uma atitude científica livre de directrizes teológicas que estimulou todas as áreas do pensamento” (Viterbo, s.d., p. 3).

Mais tarde, “o iluminismo, doutrina que integrou o Humanismo, veio trazer a consciência do valor da confiança da própria razão, da tolerância, a confiança no progresso para a liberdade, dignidade e felicidade dos Homens, o desejo de tudo refazer à luz da razão – a sociedade, a política, a educação e a administração” (Viterbo, p. 3).

Para Edgar Morin (como citado em Viterbo, s.d.) o Homem “não pode ser reduzido à sua feição técnica de Homo faber, nem à sua feição racionalista de Homo sapiens. É preciso considerar, na feição do homem, o mito, a festa, a dança, o êxtase, o amor, a morte, o despropósito, a guerra...é preciso não rejeitar o “ruído”, resíduo, desperdício, a afectividade, a neurose, a desordem, o acaso. O Homem verdadeiro encontra-se na dialéctica de sapiens-demens” (p. 4).

1.2. Humanização nas suas vertentes

1.2.1. Ética

Em saúde humanizar é “garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 280).

Da mesma forma o Centro de Humanização define que, “Humanizar es una cuestión ética; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar consiste en utilizar la técnica para luchar contra las adversidades

de la vida impregnándola de los valores y actitudes genuinamente humanos, de acuerdo com la dignidad humana” (Prat, comunicação pessoal, Abril 3-5, 2008).

Para Rios, a humanização fundamenta-se no “respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção colectiva de compromissos éticos e de métodos para as acções de atenção à saúde e de gestão dos serviços” (Rios, 2009b, p. 253).

Humanizar, então, “não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de directrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos colectivamente pactuados” (Rios, 2009b, p. 255).

1.2.2. Moral

Na vertente moral, a humanização evoca valores como o respeito, compaixão, empatia, bondade, sendo valores morais como juízos sobre as acções humanas que se definem como boas ou más, sendo uma visão do mundo num dado tempo e lugar, portanto mutáveis de acordo com as transformações da sociedade.

A humanização na área da saúde, pretende construir espaços de encontro de pessoas, utentes e profissionais para a construção de relações mais justas, éticas e solidárias.

“Claro que seria um acto de violência se, em nome da humanização, determinássemos quais os valores pessoais que cada um deve ter. Entretanto, na dimensão institucional, trata-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos, com directrizes éticas que expressem o que, colectivamente, se considera bom e justo” (Rios, 2009a, p. 12).

1.2.3. “Violência” Institucional

Na sua história, a humanização surge, então, como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais como dos pacientes, perante factos e fenómenos que configuram o que chamamos de violência institucional na saúde (Rios, 2009b).

Na área da Saúde, a violência institucional decorre das relações sociais com os indivíduos. Historicamente, a organização hierárquica do hospital do século XIX foi uma importante estratégia da Medicina da época moderna para o desenvolvimento da clínica e da tecnologia médica, tendo aumentado o acesso da população ao atendimento e propiciando grandes avanços técnicos. No entanto, esses progressos propiciaram situações que tornaram o hospital um lugar de sofrimento, através da rigidez hierárquica, controlo, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos,

e disciplina autoritária, fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o desrespeito à sua autonomia e falta de solidariedade (Rios, 2009b).

No entanto, a proposta de humanização, “ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica, constituintes do modelo de assistência hospitalar, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, procura instituir uma “nova cultura de atendimento” (Deslandes S. F., 2004, p. 9).

1.2.4. Tecnologia

A tecnologia, sendo fundamental para aumentar a esperança média de vida humana e diminuir drasticamente o sofrimento devido às doenças que acompanham a saúde, tornou-se um intermediário que afasta os profissionais do contacto mais próximo e mais demorado com o utente, fragilizando o atendimento, mas aumentando a produtividade contada em números.

Os utentes passam à condição de objectos de estudo e os profissionais de saúde à condição de peças e engrenagens que fazem funcionar a máquina institucional (Rios, 2009a).

O desenvolvimento tecnológico aplicado à medicina, permitiu que a singularidade do utente — emoções, crenças e valores — ficasse para segundo plano, passando a doença ser objecto do saber reconhecido cientificamente. Ou seja, o acto médico desumanizou-se.

“As actuais condições do exercício da medicina não têm contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes e para o atendimento humanizado e de boa qualidade. Esse quadro estende-se tanto a outros profissionais da área como a instituições de saúde” (Martins, 2010).

Todavia Ferreira (como citado em Brasil, 2004) tem outra visão, que classifica a humanização como “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (p. 5).

Por outro lado, o problema em muitos locais é “justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e torna-se desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 281).

1.2.5. Qualidade

A qualidade actualmente é uma preocupação de todo o tipo de organização empresarial ou social, pública ou privada. No entanto, esta preocupação chega ao mundo da saúde, com

objectivos claros, no sentido de propiciar uma mudança na gestão dos recursos humanos e materiais, e que esta mudança se reflecta na qualidade de vida dos cidadãos e na qualidade dos serviços.

O conceito de “qualidade de vida” centra-se na pessoa, enquanto que “qualidade do serviço” centra-se em aspectos mais técnicos, como os recursos humanos que estão disponíveis, as parcerias que se podem estabelecer com outros organismos e instituições. No entanto, ambos os conceitos devem estar sempre ligados, na procura de mais e melhor sem nunca esquecer o sujeito.

Não é possível humanizar a gestão das organizações sem melhorar a qualidade, só assim é que se consegue humanizar as instituições.

A humanização de um serviço pressupõem melhorar a qualidade do atendimento e comunicação, no respeito e simpatia, na informação cuidada e adequada que se dedica aos utentes.

As agências e observatórios internacionais, classificam os nossos CSP como sendo geralmente de boa qualidade, sendo realizados com profissionais competentes, em condições técnicas e institucionais satisfatórias (S.João, 2008).

No entanto, examinadas as queixas, os protestos dos utentes, as chamadas de atenção é possível identificar os principais argumentos invocados: deficiente acessibilidade à prestação dos cuidados, inadequada relação inter-subjectiva, do doente que se considera ofendido, menosprezado, prejudicado quando confrontado com a instituição ou o profissional que a corporiza e se não estabelece o clima de diálogo que o paciente entende ser o justo e o apropriado. (S.João, 2008).

Perante os factos supra citados, conclui-se que é a falta de humanização nos serviços de saúde que levam os utentes a reclamarem, o que poderia ser contrariado através da elaboração de um programa de humanização, elevando desta forma o nível de satisfação dos utentes.

1.2.6. Condições de Trabalho/ Instalações

Outra questão levantada por alguns autores diz respeito aos trabalhadores da saúde. “Discute-se estes se encontram em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em vista que, quase sempre, são submetidos a processos e trabalhos mecanizados que os limitam a possibilidade de se transformar em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria” (Goulart & Chiari, 2010, p. 257).

Além disso, “a arquitectura, o acabamento, as dimensões e as salas de estar das unidades de serviço são alguns itens importantes no que diz respeito à parte física, muito influente no preparo de um ambiente humano” (Simões, Rodrigues, Tavares, & Rodrigues, 2007, p. 440). Mas o que ainda existe em algumas unidades de saúde são espaços físicos improvisados,

inadequados, mal conservados, dificultando a recepção dos utentes, interferindo na qualidade do atendimento.

No entanto, o cenário está a mudar, a actual reorganização dos cuidados de saúde, permitiu a adaptação, aquisição, aluguer ou construção de novos espaços para a implementação das unidades funcionais, nomeadamente USF, UCSP, USP, entre outras, permitindo o acesso aos CSP com conforto, humanização e funcionalidade do espaço, com uma imagem e uma organização interna assente no trabalho em equipas multidisciplinares (Primários, 2006).

“O trabalho na área da Saúde tem um custo elevado para os seus trabalhadores. O ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contacto muito próximo com os pacientes, mobilizando emoções e conflitos inconscientes, tornam esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento” (Rios, 2009a, p. 102).

1.2.7. Formação

“Deve-se ressaltar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado” (Simões *et al.*, 2007, p. 440).

Segundo as directrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em medicina (artigo 13), deveriam ser incluídas dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania, assim como promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, tentando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sócias e ambientais (Vieira, Lopes, Basile, & Martins, 2003).

“O modelo homeopático, por valorizar tradicionalmente aspectos humanísticos (éticos, filosóficos, antropológicos, psicológicos, sociológicos, ambientais, etc.) no entendimento e no tratamento das enfermidades humanas, poderia contribuir de forma adjuvante e complementar à humanização da formação médica...na rede de atenção primária à saúde” (Teixeira, 2009, p. 455).

1.2.8. Relação Médico-Utente

Isto é, sem comunicação não há humanização. “A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interacções humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objectivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 281).

“Se tivéssemos que resumir a missão de humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios

possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação activa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 281).

“O encontro genuíno entre o profissional de saúde e o seu utente, é essencial para a humanização, só se efectiva quando os profissionais estiverem preparados e disponíveis para tal ocorrência” (Santos *et al.*, 2008, p. 5), sendo que a interacção entre duas ou mais pessoas está directamente ligado à forma que cada um percebe o outro.

“A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são todos factores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional de saúde” (Mota *et al.*, 2006, p. 327).

É importante o profissional de saúde colocar-se no lugar do outro, tentando demonstrar que todo o saber é limitado, podendo-se partilhar esse saber, aceitando que o utente tem algo para dizer (Oliveira *et al.*, 2006).

De acordo com Garcia (como citado em Mello, 2006), “são tópicos importantes na humanização do atendimento em saúde: o interesse e a competência do profissional, o diálogo entre o profissional e o paciente e/ou seus familiares; o favorecimento de facilidades para que a vida do paciente e/ou familiares seja melhor e para que se evitem aborrecimentos e constrangimentos e o respeito aos horários de atendimento” (p. 168).

A humanização deve abranger o conjunto de relações nas instituições de saúde: profissional de saúde/utente/instituição, sendo função do gestor em saúde regular e estimular a melhoria desse conjunto de relações. Muitos dos problemas dos utentes podem ser resolvidos ou atenuados quando o paciente se sente compreendido e respeitado pelo profissional de saúde, devendo esse oferecer uma maior receptividade e afeição aquele (Mello, 2006).

A humanização necessita de compreensão da comunicação verbal e não-verbal. Quando se tenta avaliar/medir a humanização através de indicadores; listas e tempo de espera, taxa de ocupação hospitalar, satisfação dos profissionais e utentes, taxa de infecção, taxa de cesarianas, entre outros, é necessária a habilidade do profissional de saúde em transformar em actos esse discurso de atendimento, por exemplo, a preocupação com o tempo de espera no balcão de atendimento, a entrega de senhas para que a pessoa saiba qual é o limite de atendimento e o tempo médio de espera, bem como a colocação de cadeiras para que aguardem com melhor conforto, representam sinais de cuidado no atendimento (Silva, 2006).

No entanto, os microproblemas são os que mais preocupam os utentes e a sua resolução passa por uma reconversão pessoal e uma prática individual em detrimento de medidas institucionais, directivas e regulamentos. Se formos capazes de atender com cortesia e solicitude, de praticar a difícil arte de escutar, de informar com verdade, de oferecer conselho mas de comprometer o paciente no plano terapêutico, de aceitar que também entre os doentes há impertinentes, mentirosos, maçadores e quezilentos que nem por isso deixam de ter direitos que lhes são próprios (S.João, 2008).

1.3. Políticas de Humanização na Saúde

A humanização enquanto política pública de saúde vem-se afirmando na actualidade como “criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde tomando como princípio o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipas (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, co-responsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho” (Barros & Pereira, 2006, p. 4).

Em relação à proposição da humanização como política de saúde, também há a considerar “a formação, desde a graduação, dos profissionais que fazem funcionar quotidianamente os serviços de saúde. É necessário que se pense (e aja!) de forma a contemplar sistematicamente a humanização das acções, desde a concepção e planeamento das acções, programas ou actividades e rotinas dos serviços de saúde, até as políticas e propostas ligadas à macro gestão do sistema e serviços de saúde” (Goulart & Chiari, 2010, p. 257).

A Humanização como política deve “traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e utentes, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde” (Mota *et al.*, 2006, p. 324).

As exigências actuais em matéria de cuidados de saúde, implicam respostas adequadas, por um lado ao nível do funcionamento interno das organizações prestadoras de cuidados e por outro, na forma como se articulam com a comunidade envolvente. A necessidade de intervir junto da comunidade, com o objectivo de contribuir para uma maior humanização dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde aos cidadãos e promover o relançamento da qualidade de atendimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), cria o programa “Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde”, aprovado pelo Despacho n.º 19204/2001 (IIª série) de 13 de Setembro, cujas orientações de actuação são a humanização dos cuidados prestados aos cidadãos, a consolidação de um espírito de unidade organizacional dentro do SNS e, ainda, a criação de uma qualidade de atendimento e imagem que o identifique junto dos seus utentes e do público em geral (Teixeira, 2009).

Segundo o Despacho supra citado a acção que se pretende levar a cabo passará por intervenções quer ao nível das infra-estruturas físicas das instituições do SNS — hospitais e centros de saúde — quer dos procedimentos utilizados, nomeadamente para a marcação de consultas e de exames complementares de diagnóstico, tendo como fim último melhorar a qualidade de vida e o conforto do utente do SNS e, simultaneamente, as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Dentro das instituições do SNS será dada prioridade às áreas das consultas externas e das urgências hospitalares e aos espaços de atendimento e salas de espera dos centros de saúde, sempre que o justifiquem.

- 1 — É criado, na dependência da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, o programa «Humanização, acesso e atendimento no SNS», doravante também designado, abreviadamente, por programa.

2 — São objectivos genéricos do programa contribuir para uma maior humanização dos cuidados prestados pelos serviços públicos de saúde aos cidadãos e promover o relançamento da qualidade de atendimento do SNS.

Em 2001, a tutela esperava que a humanização dos serviços (uma das prioridades do Governo para a área da saúde) alcançasse a confiança dos utentes nos profissionais do sector.

Um dos instrumentos da humanização implementados foi o "Programa Humanização, Acesso e Atendimento no SNS", aprovado pelo anterior Executivo socialista em Dezembro de 2001, tendo como principal vertente a consolidação de um espírito de unidade organizacional, a humanização dos cuidados prestados aos cidadãos e a criação de uma qualidade de atendimento e imagem que dignificasse o SNS e o país.

No Brasil, O Ministério da Saúde possui diversos programas dirigidos de humanização nos cuidados de saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, em 2004; a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso, em 1999-2000; o Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2002 (Deslandes S. F., 2005).

O objectivo fundamental do PNHAH seria o de aperfeiçoar as relações entre profissionais, entre utentes/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio comunitárias), com vista à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (Deslandes S. F., 2004).

O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde, assume, entre outras directrizes, que a Humanização deve uma política transversal a todo o sistema, implicando gestores, profissionais e utentes, permitindo trocas solidárias e interdisciplinares e novas formas de pensar e de prestação de cuidados (Souza & Mendes, 2009).

A PNH aponta para marcas e objectivos que permeiam a gestão em saúde como a responsabilização, o atendimento no tempo necessária atendendo à gravidade, a redução das filas de espera, a garantia dos direitos dos utentes, a gestão participada dos trabalhadores e utentes e a qualificação e formação dos trabalhadores (Santos, 2007).

Para ganhar a força necessária que direcione um processo de mudança que possa responder aos anseios dos usuários e profissionais, "a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor da saúde. A humanização deve ganhar outra amplitude quando estamos implicados na construção de políticas públicas de saúde. De nada serve nosso esforço se isso não resultar em alterações nas práticas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde" (Mello, 2006, p. 169).

Cabe ainda ao gestor a "instituição de políticas de saúde voltadas à humanização, a melhoria de acesso aos serviços de saúde, a redução do tempo de espera, o espaço de negociação e ajuste das prioridades, a definição de investimentos e o manejo dos imprevistos.

Esses aspectos também são de suma importância para que o atendimento seja humanizado” (Mello, 2006, p. 170).

1.3.1. Programa “Projecto de Apoio aos Profissionais de Saúde” (PAPS)

Um dos exemplos de humanização nos serviços de saúde, prende-se com um programa intitulado PAPS a desenvolver no ACES Porto Ocidental, em que o programa dirige-se sobretudo “aos profissionais em situação de stress psicológico, conflitos interpessoais, ansiedade ou situações de disfunção pessoal, familiar ou profissional que possam ser alvo de uma intervenção de ajuda e de empowerment, tendo como objectivo cuidar dos profissionais, como diz o director executivo do nosso ACES Porto Ocidental, Dr. Rui Medon, sem profissionais satisfeitos, não há organizações felizes e, sobretudo, não há utentes satisfeitos” (Ribas, comunicação pessoal, Dezembro 25, 2010).

1.3.2. Unidades Móveis de Saúde

No entanto, várias práticas têm sido implementadas nos CSP ao nível local, como por exemplo as Unidades Móveis de Saúde as quais “permitem ultrapassar algumas barreiras existentes ao nível da acessibilidade, quer por motivos socioeconómicos quer geográficos, e adequação dos serviços às necessidades dos indivíduos “ (Furtado & Pereira, 2010, p. 3).

1.3.3. Passaporte de Saúde dos Imigrantes

Têm também ocorrido diversas intervenções ao nível dos imigrantes, com o objectivo de aumentar a informação neste grupo e adequar os cuidados às suas necessidades e expectativas, como os “Roteiros para a saúde dos Imigrantes” e o “Passaporte de Saúde dos Imigrantes” (Furtado & Pereira, 2010).

1.3.4. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC)

No sentido de combater as listas de espera existentes no SNS quer para as consultas quer para as cirurgias, destaca-se o Programa para a Promoção do Acesso (1999) tendo originado o

Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2002) e em 2004 adoptado a designação de Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC), tendo como objectivo, estabelecer tempos máximos de espera a partir do qual os utentes podem receber um cheque para efectuar a operação no sector privado. Ao nível das consultas foi introduzido no âmbito do simplex o projecto Consulta a Tempo e Horas, tendo estabelecido níveis aceitáveis de tempo de espera conforme a prioridade do caso (Furtado & Pereira, 2010).

1.3.5. Cheque Dentista

Outro exemplo na área de estomatologia, foi a implementação do “cheque dentista”, concebido para crianças e jovens até aos 16 anos, grávidas em vigilância pré-natal no SNS e beneficiários do complemento solidário de idosos (Furtado & Pereira, 2010).

1.3.6. Outros programas

Existem outras práticas que visam melhorar o acesso aos cuidados de saúde como a Telemedicina ou as linhas de atendimento telefónico, como a criação da Linha de Saúde 24 (808 24 24 24).

Por outro lado, a USF Fénix assumiu como missão a qualidade e humanização na promoção dos CSP, no Concelho de Vila Real (Oliveira *et al.*, 2008).

O serviço social na USF supra citada propôs a implementação de medidas de qualidade, humanização e eficiência dos serviços, nomeadamente através do Gabinete do Cidadão (Saúde, 2009).

1.4. Contratualização em Saúde

Os CSP em Portugal têm origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do SNS português em 1979, sendo o seu sucesso claro e com evidentes ganhos em saúde, Biscaia (como citado em Miguel & Sá, 2010) por exemplo, comparam a evolução de Portugal com outros sete países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) (Bélgica, Reino Unido, Estados Unidos da América, Grécia, Espanha, Irlanda e Suécia). A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos

de vida potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período.

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do SNS em 1979.

“No entanto, o modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas ARS's, a crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos CSP e nos cuidados secundários e um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais” (Miguel & Sá, 2010, p. 4).

Esta desmotivação conduziu a várias experiências de “organização e de remuneração que se vieram a traduzir na reforma dos CSP que se iniciou formalmente em 2005. É consensual que os resultados da reforma têm sido positivos, com um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes. Adicionalmente, o tipo de contratualização implementado permite perspectivar que se continue a fazer mais e melhor em áreas já desenvolvidas no âmbito dos CSP” (Miguel & Sá, 2010, p. 4).

Os CSP “são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Saúde, 2010, p.4).

Por outro lado, a concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP abrange um conjunto de áreas e medidas, tais como: reconfiguração organizacional dos serviços de saúde em USF; autonomia dos centros de saúde e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP; reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública; criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares; modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos centros de saúde; política adequada de recursos humanos, incluindo atracção de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores; sistemas adequados de informação clínica e para a gestão; integração dos sectores cooperativa, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população; sintonização de todas as acções com o PNS (Primários, 2006).

O Grupo Técnico para a reforma dos CSP, criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 7 de Abril, assume que a “reforma dos CSP tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde” (Primários, 2006, p. 4).

Um dos pontos fundamentais da actual reforma foi a implementação de USF, que são estruturas de prestação de cuidados de saúde, constituídas por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa, funcional e técnica. Com as USF's é contratualizada uma carteira básica de serviços que assegura a realização de actos de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento

clínico das situações de doença crónica, cuidados no domicílio e interligação e colaboração com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Durante os últimos quatro anos, identificámos a contratualização com as USF como “um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. Aliás, é consensual que a implementação de novas unidades funcionais deve estar associada a um processo de contratualização com a administração, em que são negociadas metas em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico” (Saúde, 2010, p. 19).

“É hoje relativamente pacífico que os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de CSP são mais custo-efectivos, apresentam maior equidade e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações” (Miguel & Sá, 2010, p. 4).

A criação do ACES, prevista no Decreto-Lei (DL) n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, estando em curso a “reorganização da prestação ACES, é necessário aprimorar a estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde” (Saúde, 2010, p. 4).

A introdução da contratualização com serviços de saúde pertencentes ao SNS tem sido uma das políticas do actual governo, no entanto, a falta de experiência da administração pública nesta área condiciona a gestão dos serviços de saúde, necessitando de formação dos vários intervenientes e da responsabilização efectiva dos gestores públicos (Saúde, 2006a).

“Se, por um lado, a contratualização terá inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização dos prestadores, também terá implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta terá de ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas” (Saúde, 2006a, p.2).

O processo de contratualização é um processo que tem que se ir construindo em conjunto, que implica uma nova cultura das organizações e que, só pelo facto das equipas terem discutido um conjunto de metas e feito os seus compromissos, é por si só algo de positivo.

O processo de contratualização implica um processo de natureza avaliativa, sendo assumida como um compromisso entre duas partes.

Actualmente encontramos-nos num período de expansão das USF e de reorganização da prestação em ACES, visando-se com este processo incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, potenciar os ganhos em saúde conseguidos pelas USF, melhorar a qualidade de cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão.

O programa proposto pelo XVIII Governo Constitucional (2009-2013) visa incrementar esta reforma para que, até 2013, as USF abranjam todo o território nacional. Como pode ainda ler-se no referido programa, serão também decisivos para a consolidação da reforma, a criação de UCC, abrangendo cuidados domiciliários integrados para idosos e outros serviços de base comunitária e a criação e estruturação das USP, essenciais para a articulação dos programas de saúde e da componente de promoção da saúde com os cuidados personalizados em todos os ACES.

1.4.1. Contratualização – Revisão de Vários Países

No quadro 1 são apresentados os modelos de organização dos cuidados de saúde em países como a Austrália, Canadá, Espanha, Finlândia, Reino Unido, Alemanha, França, Holanda, EUA e Ruanda, nomeadamente o modelo de contratualização utilizado em cada país.

Quadro 1 – Quadro-síntese do modelo de organização dos cuidados de saúde em cada país

País	Sistema de saúde	% PIB para a saúde ¹	Esperança de vida ao nascer (anos) ²	Esperança de vida saudável (HAIE) ao nascer (anos)	Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nados vivos)	Organização da prestação de CSP	Unidades de CSP	Projectos com delegação de responsabilidades na gestão da prestação e dos recursos em CSP	Mecanismos de contratualização de CSP	Incentivos e apoios ao processo de contratualização de CSP
Austrália	Sistema de saúde universal compulsório financiado com base em impostos – Medicare (1984)	6,7%	82	71	3	Cuidados de saúde primários prestados maioritariamente pelo sector privado	Departments of General Practice / Primary Care Services (Victoria) / 6 Practices (Queensland) / Primary Health Care Network 2002-2005 (New South Wales)	GP Super Clinics	Contratos de financiamento com base nos resultados 1998 (superclinics) / National Quality & Performance System 2005 / Contratos com base no desempenho com as Divisões of General Practice / Acordos de financiamento com as GP Super Clinics	Practice Incentives Program / Australian Primary Care Collaborative Program / Quality Improvement Skills Program / Roberts of a clinician (DE-51,634)
Canadá	Sistema de saúde universal compulsório financiado com base em impostos – Medicare (1961), composto pelos 13 planos das diferentes províncias e territórios	10,0%	81	73	3	Responsabilidade na prestação e gestão dos cuidados partilhada pelo Governo federal e pelos Governos das províncias e territórios	Primary health care organizations (equipas multi e interdisciplinares)	Health Transition Fund (1997-2002) / Primary Health Care Transition Fund (2000-2006) / Primary Health Care Toronto (2003)		Educação interprofissional do College of Health Disciplines da University of British Columbia, entre outras instituições / 2008 Canadian Survey of Experiences with Primary Health Care / Canada Health Infrastructure Partnership Program / Knowledge Development and Exchange Applied Research Initiative / Ottawa Decision Support Framework
Espanha	SNG (1985)	8,1%	81	74	2	Comunidades Autónomas, através dos Distritos de Atención Primaria ou Areas de Salud	Equipos de Atención Primaria	Unidades de Cuidado (Cádiz) (Andaluzia e Aragón) / Unidades de Cuidado (Castilla-La Mancha) / Unidades Territoriales de Emergencia y Medicina Aguda - Valencia / modelos de autonomia de gestão (Cataluña)	Contratos de gestión no âmbito das Comunidades Autónomas	
Finlândia	Sistema de segurança social - National Health Insurance (NHI), operacionalizado pela Kela. Sistema de seguro nacional compulsório, financiado com base em impostos (1964)	7,6%	79	72	2	Município	Centros de cuidados primários (desde a década de 70)			

Fonte: (Escoval, et al., 2009, p. xviii)

Política de Humanização em Serviços de Saúde – Contributos para a Definição de Indicadores

País	Sistema de saúde	% PIB para a saúde ¹	Esperança de vida ao nascer (anos) ²	Esperança de vida saudável (HALE) ao nascer (anos)	Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	Organização da prestação de CSP	Unidades de CSP	Projectos com delegação da responsabilidades na gestão da prestação e dos recursos em CSP	Mecanismos de contratualização de CSP	Incentivos e apoios ao processo de contratualização de CSP
Reino Unido	NHS (1948)	9,4%	80	72	1	Primary Care Trusts	General Medical Services	Primary Care-led Commissioning (1990-2000); General Practice Fundholding (1980-1990) / Trusts Partnership Plans (1974-1980) / Localities/ GP Commissioning Pilots (1990-2000); Primary Care Groups (1990-2000); Allotment Practice-based Commissioning (2004)	General Medical Services Contract	Business Cases / Profit-based Commissioning Development Framework / Weight Based Commissioning / Knowledge Based Commissioning Programmes / Primary Care Management Development Programme / Leadership for Continuous Improvement / Framework for Financing External Support by Contributions / PCT Board Development Payment
Alemanha	Sistemas complexos (BGG)	10,4%	80	73	2	Associação de Médicos de Seguro de Saúde Datasubidos	Cinco médicos	-	Contratos individuais entre prestadores e os "fundos de doença" (1883-1914) / Acordo de Berlim (1914-1933) / Contratos colectivos e contratos individuais (1933-1937) / Contratos colectivos em exclusivo (1937-1993) / Introdução da competição entre os "fundos de doença" (1993) / Contratos universais, independentes e individuais (1993) / Contratualização directa entre "fundos de doença" e prestadores privados (2007)	-
França	L'Assurance Maladie (RAMS) - Seguros compulsivos em 3 regimes principais (geral, agrícola, independentes)	11,1%	81	73	2	Prestação de forma independente pelos médicos de família / Centros de saúde locais pelo subsector público ou pelas associações mutualistas	Médicos de família, em consultório privado / Centros Médicos	-	Negociação de serviços específicos por área profissional, para famílias estendidas (1940) / Contratações (1990) / Acordo voluntários com os médicos (Parsons de Juppé de 1996) / Acordo de livre prática de âmbito nacional e nacional: Acordo para a livre profissional, Contratos, a adesões + Contratualização selectiva (2002)	-
Holanda	Sistema de seguro social universal de saúde (compulsivo), operação pelo sector privado (2000)	9,7%	80	73	2	Médicos de família	-	-	Contribuição selectiva (Ritveldt de Ooster 1997)	-
EUA	Sistemas privados de prestação e compensação / cobertura pelo sector público da área (Medicaid) e de população em risco de Medicaid	15,3%	78	70	4	Não existem, até ao momento, CSP prestados pelo Estado	-	Accountable Care Organizations / Patient-Centered Medical Home / Capitated Medical Groups / Permanent Medical Groups / Kaiser Permanente	-	-
Rússia	Pagamentos directos / Fundamentos OIGs	9,8%	50	43	41	Não existem CSP	-	Performance Incentive / Especificação de Oligopólio	Contribuição dos objetivos, preços e serviços a prestar	-

Fonte: (Escoval, et al., 2009, p. xix)

De forma resumida, alguns aspectos a destacar da análise efectuada e comuns ao sucesso dos vários processos de contratualização desenvolvidos nos CSP “assentam na criação de equipas multidisciplinares, envolvimento e motivação dos profissionais e na delegação dos processos decisórios e de gestão dos recursos nos profissionais da «linha da frente», por se encontrarem mais próximos dos doentes e melhor conhecerem as suas reais necessidades e expectativas” (Escoval, *et al.*, 2010).

Por outro lado, inúmeros projectos de investigação, provam uma tendência generalizada para a utilização da contratualização nos CSP, verificando-se uma melhoria da efectividade dos cuidados de saúde e uma maior eficiência na utilização dos recursos (Escoval, *et al.*, 2010).

Na Austrália, foi estabelecido em 2005 o *National Quality & Performance System* para a contratualização, e introduzidos contratos com base no desempenho, implicando contratos de financiamento com base nos resultados a celebrar com as *Divisions of General Practice*. Por outro lado, as recentes *GP Super Clinics* recebem os seus orçamentos com base em especiais acordos de financiamento que explicitarão em detalhe todos os seus termos e condições.

No sistema canadiano destaca-se o *Health Transition Fund* para os mecanismos de contratualização, que tinham um financiamento limitado no tempo, o que significava que um projecto tinha de ser concebido, financiado, implementado e avaliado em quatro anos. Também o estabelecimento do *Primary Health Care Transition Fund* promoveu o aparecimento de diversas abordagens, financiando e avaliando a efectividade de diversos projectos de cuidados primários ao longo do país. Mais tarde, o *Primary Health Care Transfer* veio contornar a fragmentação e a lentidão dos avanços alcançados até à altura, instigando e acelerando um processo que se afastava das diversas, isoladas e breves experiências nos cuidados primários. O projecto ambiciona, assim, promover uma reforma sustentada e duradoura (Escoval, *et al.*, 2010).

Em Espanha, existe a introdução do conceito de gestão participativa por objectivos, surge o contrato-programa, como a necessidade de relacionar e vincular a utilização e o consumo de recursos aos resultados obtidos, procedimento que implicava a negociação da fixação de objectivos, o estabelecimento de metodologias de monitorização, a valoração do grau de cumprimento dos objectivos e a compensação pela prossecução dos mesmos. No entanto, a Lei 15/1997, de 25 de Abril, de *Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud*, estabeleceu que os serviços de saúde podiam ser prestados e geridos mediante acordos, convénios ou contratos com pessoas ou entidades públicas ou privadas, nos termos previstos na *Ley General de Sanidad*. Este diploma possibilitou diversas experiências de autogestão em diferentes comunidades autónomas, com recurso aos processos de contratualização (Escoval, *et al.*, 2010).

No Reino Unido, assume particular importância o conceito de *practice-based commissioning*, que evidencia o *empowerment* dos médicos de clínica geral e de outros profissionais de saúde, visando a introdução de uma melhor configuração dos serviços e cuidados de saúde prestados às populações locais, no contexto dos contratos estabelecidos com os *General Medical Services*. O processo de contratualização neste país, principalmente, em

Inglaterra, encontra-se claramente instalado, tendo tido importantes e profundos desenvolvimentos, nas mais diversas áreas (Escoval, *et al.*, 2010).

Relativamente à Holanda e Alemanha o sistema de saúde é prestado por seguros de saúde, cujas contratualizações são estabelecidas entre as seguradoras e os prestadores de cuidados médicos.

Na França, o processo de contratualização é constituído essencialmente pela negociação de disposições referentes aos serviços prestados entre os profissionais de saúde e as seguradoras, enquadradas nos acordos de boas práticas estabelecidos ao nível nacional e regional para a respectiva área profissional, que visam obter o compromisso individual dos profissionais na melhoria e na eficiência das suas práticas, promovendo incentivos financeiros.

No caso particular dos EUA, é caracterizado pela recente existência de uma protecção praticamente universal na saúde, esperando uma mudança no sistema de seguros, possibilitando a oferta de planos de seguros privados e, simultaneamente a opção por um novo plano de seguro público (Escoval, *et al.*, 2010).

Em suma, ainda que existam diferenças nos modelos de planeamento, contratualização e financiamento de serviços de saúde nos diversos países em análise, parece indiscutível o papel fundamental que os CSP representam nos sistemas de saúde, no sentido da obtenção dos desejáveis níveis de equidade, acesso, eficiência e qualidade dos cuidados (Escoval, *et al.*, 2010).

1.5. Indicadores de Saúde

1.5.1. Conceito

O termo indicador “origina-se do latim *“indicare”*, verbo que significa apontar. Em português, indicador significa que indica, torna patente, revela, propõe, sugere, expõe, menciona, aconselha, lembra. No presente documento, entende-se indicador como um instrumento que permite mensurar as modificações nas características de um sistema” (Deponi, *et al.*, 2002, p. 44-45).

A tarefa de um indicador é expressar, da forma mais simples possível, uma determinada situação que se deseja avaliar. O resultado de um indicador é uma fotografia de dado momento, e demonstra, sob uma base de medida, aquilo que está sendo feito, ou o que se projecta para ser feito (Fernades, 2004).

Os indicadores devem representar e responder às prioridades em saúde, sendo uma ferramenta fundamental para a gestão e avaliação. Quantificam a realidade e reflectem o sistema de valores dos profissionais que os constroem (Moraes, 1994).

Desse modo, “medir é uma necessidade para a administração, produzir indicadores é uma necessidade para a administração e utilizar indicadores é fazer medição do que se quer administrar. Portanto, medir é produzir informação utilizando indicadores, e fazer uso de indicadores é configurar com base em informações” (Fernades, 2004, p. 4).

Os indicadores são essenciais ao planeamento e “controle dos processos organizacionais, estabelecem medidas verificadoras do cumprimento de metas e objectivos e sinalizam o rumo que a organização está seguindo. Assim, facilita a acção da gerência, proporcionando maior respaldo na tomada de decisão” (Fernades, 2004, p. 5).

Para Malette (2000) “são instrumentos projectados e utilizados para avaliar a consecução de objectivos e metas; variáveis que permitem quantificarem os resultados de acções, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (p. 4)

“Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (OPAS, 2002, p. 11).

Para Santos (2007) “os indicadores trazem uma concepção de quantificação de informações, sendo desenvolvidos com essa finalidade; e a eles estão vinculados os critérios de confiabilidade e validade, entendidos como busca de precisão e exactidão no que se quer medir, isto é, em que nível de certeza o resultado da observação espelha o que se pretendeu avaliar. A validade desdobra-se em medidas de sensibilidade e de especificidade” (p. 1002).

1.5.2. Critérios para definição de indicadores

Para Moares (citado por Deponti, *et al.*, 2002) “ainda na perspectiva de definição dos indicadores, também importam critérios de qualidade historicamente agrupados em sete aspectos englobados como simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade e poder de cobertura”.

Conforme Camino; Müller (1993, p. 49-50), Masera; Astier; Lopez-Ridaura (2000, p. 47) e Marzall (1999, p. 38-39) há algumas características importantes a serem consideradas na definição dos indicadores. O indicador deve:

- ser significativo para a avaliação do sistema;
- ter validade, objectividade e consistência;
- ter coerência e ser sensível a mudanças no tempo e no sistema;
- ser centrado em aspectos práticos e claros, fácil de entender e que contribua para a participação da população local no processo de mensuração;
- permitir enfoque integrador, ou seja, fornecer informações condensadas sobre vários aspectos do sistema;
- ser de fácil mensuração, baseado em informações facilmente disponíveis e de baixo custo;
- permitir ampla participação dos atores envolvidos na sua definição;
- permitir a relação com outros indicadores, facilitando a interacção entre eles.

(Deponti, *et al.*, p. 45).

1.5.3. Tipo de Indicadores

Os indicadores classificam-se em três grupos: estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura incluem os recursos humanos, materiais e financeiros utilizados no sistema de saúde, os indicadores de processo englobam as actividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços e por último, os indicadores de resultado, também chamados de efeitos ou impacto abrangem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas. Estes indicadores são utilizados em estudos epidemiológicos que avaliam as mudanças da população, como a mortalidade e a morbilidade (Santos, 2007).

Os indicadores que em seguida se apresentam tomam como ponto de partida o disposto na Norma IX do Despacho Normativo 9/2006, que refere sete áreas sobre as quais assenta a monitorização das actividades das USF:

- Disponibilidade
- Acessibilidade
- Produtividade
- Qualidade técnico-científica
- Efectividade
- Eficiência
- Satisfação

(Saúde, 2006b, p. 2).

“Estes indicadores constituem um instrumento necessário a um conjunto de intervenientes no processo: Profissionais de saúde trabalhando nas USF e Centros de Saúde; Gestores e decisores a diversos níveis, nomeadamente a nível da contratualização e Profissionais de informática envolvidos na produção de software para as USF e os CSP” (Saúde, 2006b, p. 3).

O sucesso da implementação dos CSP em Portugal é “claro e com evidentes ganhos em saúde por exemplo, comparam a evolução de Portugal com outros sete países da OCDE (Bélgica, Reino Unido, Estados Unidos da América, Grécia, Espanha, Irlanda e Suécia). A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos de vida potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período” (Miguel & Sá, 2010, p.4).

1.5.3.1. Indicadores das USF

“O processo de contratualização com as USF apresenta como base o facto de não se contratualizarem números de consultas ou outros actos, mas sim indicadores de resultado. Este facto é relevante, pois marca uma diferença significativa face ao modelo desenhado, em 1997, para os Centros de Saúde” (Afonso, 2010, p. 60).

Por sua vez, a escolha dos indicadores a contratualizar incide em aspectos relacionados com os utentes vulneráveis ou de risco, existindo uma preocupação com o acesso e com a

personalização dos cuidados. Também a componente económica está presente, no que respeita às áreas dos custos com os medicamentos e com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), incentivando-se a aplicação e monitorização de protocolos terapêuticos.

De modo a flexibilizar e agilizar o processo de contratualização, em 2007 foram ser contratualizados 20 indicadores, 15 dos quais comuns a todas as USF e os restantes 5 seleccionados pelas USF. O modelo contempla ainda a aplicação de inquéritos para avaliar a satisfação dos utentes como se observado no quadro (Afonso, 2010).

Quadro 2 – Indicadores base – comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	Taxa de utilização global de consultas
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos
	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses
	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Qualidade percebida	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos
	Custo estimado para meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos

Fonte: (Afonso, 2010, p. 61)

Quadro 3 – Indicadores para atribuição de incentivos financeiros

Área	N.º SI	Indicador
I	3.22 MOD	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar
	5.2 MOD	Percentagem de mulheres entre os 25 -49 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada
II	4.22	Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez
III	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido
	4.34 MOD	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida
	4.9 MOD	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses
IV	4.10	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses
	5.13 MOD	Percentagem de inscritos com peso e altura registado nos últimos 12 meses

	6.1	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV actualizado
V	6.19	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
	6.16	Percentagem de diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
VI	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
	5.13 MOD	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
	6.2 MOD	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada

Fonte: (Saúde, 2010, p. 28-29)

1.5.3.2. Indicadores das UCC

Assegurando a sua autonomia organizativa e funcional, a UCC assenta em equipas multiprofissionais responsáveis pelo desenvolvimento de projectos/programas de acordo com as necessidades e problemas específicos da população a que se dirigem, tendo como referência uma área geográfica definida (Saúde Primários, 2010).

No âmbito da Direcção Geral de Saúde (DGS) e do Alto Comissariado da Saúde (ACS), estão definidos um conjunto de indicadores para serem trabalhados no ACES, aplicados às UCC conforme ilustra o quadro 4.

Quadro 4 – Indicadores comuns à UCC

Área	Indicador
Acesso	% de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas por cuidados médicos por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas pelo serviço social por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas por cuidados de psicologia por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas por cuidados de nutrição por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia por programa / projecto.
	% de pessoas abrangidas por cuidados de _____ por programa / projecto.
	% de pessoas com visitação domiciliária nas primeiras 24 h após admissão na ECCI.
	Taxa de ocupação da ECCI.
	% de pessoas com intervenção interdisciplinar em visitação domiciliária nas primeiras 48h após admissão na ECCI.
	% de pessoas com necessidade em cuidados paliativos admitidas no programa ECCI.
	% de Grávidas / Casais Grávidos que frequentaram o Curso de Preparação para a Parentalidade na UCC.
	% de famílias de risco com Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), no âmbito do Programa de Intervenção Precoce (PIP)
	% de casos acompanhados com Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), no serviço UCC.
	% de Crianças e Jovens / Famílias acompanhadas, no âmbito da CPCJ, no serviço UCC.
Percentagem de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde, no âmbito do	

	Rendimento Social de Inserção (RIS). Taxa de resolução do Papel do Prestador Cuidados Inadequado. Taxa de eficácia na prevenção de úlceras pressão (UP). Taxa de resolução de diagnóstico úlcera de pressão (UP). Ganhos expressos no controlo da intensidade da Dor. % de alunos com 6 anos que apresentaram diminuição do percentil de índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham percentil de IMC \geq 85. % de alunos com 10 anos que apresentaram diminuição do percentil de índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham percentil de IMC \geq 85. % de alunos da comunidade escolar com Exame Global de Saúde (EGS) realizado aos -6 anos % de alunos da comunidade escolar com Exame Global de Saúde (EGS) realizado aos 13 anos. % de alunos da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado aos 6 anos. % de alunos da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado aos 13 anos. % de profissionais (professores, educadores e auxiliares de acção educativa) da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado. Taxa de resolução do Papel Parental Inadequado por programa (PIP, NACJR e CPCJ).
Qualidade Técnico-Científica	
Satisfação	% de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade. Percentagem de profissionais satisfeitos com a UCC
Resultado	Ganhos em Independência nos Autocuidados (Higiene, Vestuário, Uso Sanitário, Transferirse, Posicionar-se, Alimentar-se, Deambular)
Produtividade	% de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).
Efectividade	% de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que foram alvo de intervenção pela equipa de saúde escolar.
Acessibilidade	% de elementos da comunidade educativa com intervenção por tema (*), no PNSE.
	% de alunos consumidores de tabaco com Plano de Intervenção Interdisciplinar (PII) em curso.

Fonte: Elaborado pelo autor

“A evidência internacional demonstra também que os modelos de organização e gestão dos CSP, bem como as estratégias de financiamento adoptadas e a forma de articulação com os restantes níveis de cuidados podem potenciar, ou ao contrário, comprometer o cumprimento dos princípios basilares dos sistemas de saúde, bem como das metas definidas pela política de saúde ao nível da equidade, acesso, eficiência e qualidade dos cuidados” (Escoval, *et al.*, 2009b, p. vii).

1.5.3.3. Indicadores de Caracterização dos ACES

Todos os ACES são alvo de contratualização externa com a respectiva ARS, sendo os indicadores contratualizados os constantes no quadro 5.

Quadro 5 – Indicadores do ACES

<i>Área</i>	<i>Indicador</i>
ACES	População residente
	Utentes inscritos
	Utentes utilizados
	Taxa de utilização
	Proporção de população residente feminina
	Taxa Bruta de Natalidade
	Proporção de população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória
	Índice de dependência total
	Índice de envelhecimento
	Densidade populacional
	Índice de poder de compra
	Taxa de Mortalidade Padronizada por todas as causas
	Taxa de anos potenciais de vida perdidos
	Taxa de Mortalidade Padronizada por todas as causas
	Taxa de anos potenciais de vida perdidos
	Taxa bruta de mortalidade de cancro da mama feminino antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por HIV/SIDA antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por suicídio antes dos 65 anos
	Taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos
	Incidência de amputações major em diabéticos
	Recém nascidos de termo com baixo peso
	Incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC)
	Incidência de AVC antes dos 65 anos
	Incidência da doença cardíaca antes dos 65 anos
	Índice de Utilização Hospitalar Cirúrgica
	Índice de Utilização Hospitalar Médica
	Índice de Utilização de Internamento Hospitalar
	Índice de Utilização de Urgências Hospitalares

Fonte: Elaborado pelo autor

1.5.3.4. Indicadores do PNS 2004–2010

O PNS foi elaborado no início da década de 2000, para ser desenvolvido a partir de 2004 e com metas estabelecidas para 2010, tendo três objectivos estratégicos: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução. Construído com base na família e o ciclo de vida (nascer com saúde, crescer com segurança, ter uma vida adulta produtiva e um envelhecimento activo e morrer com dignidade), propõem-se que seja desenvolvido junto do cidadão: no infantário, nas escolas e universidades, nos locais de trabalho e de lazer, nos centros de saúde e hospitais e nas prisões, de forma alargada e abrangente. Também se desenvolve uma abordagem à gestão integrada da doença.

No entanto, a elaboração do PNS por si só não é suficiente, é necessário monitorizar, avaliar de forma regular e dinâmica e corrigir os desvios. A avaliação do PNS permite a obtenção de dados relativos à acessibilidade e equidade, a competência e efectividade, os custos e eficiência, a segurança e sustentabilidade (Machado, 2007).

O PNS 2004-2010 define um conjunto de indicadores, distribuídos ao longo das fases do ciclo de vida do indivíduo, que reflectem as necessidades de saúde e a situação epidemiológica das várias faixas etárias populacionais. Prevê a monitorização de 14 áreas de intervenção, sendo avaliadas através de 122 indicadores com metas prioritárias a alcançar até 2010. Os indicadores utilizados para avaliar o PNS 2004-2010, nas diferentes áreas são:

SAÚDE ESCOLAR

- Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar
- Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos
- Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos
- Alunos com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado na pré-escola
- Alunos com PNV actualizado aos 6 anos
- Alunos com PNV actualizado aos 13 anos
- Alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução, que têm, no final do ano lectivo, o seu problema de saúde resolvido
- Escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas
- Escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente
- Escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos
- Intervenções de promoção da saúde em saúde escolar com orientações técnicas definidas
- Crianças com 6 anos livres de cáries
- Índice de CPOD aos 12 anos
- Jovens necessitados de tratamento com dentes tratados aos 12 anos

NASCER EM SAÚDE

- Esperança de vida à nascença
- Esperança de vida à nascença (Metodologia de 2007)
- Mortalidade Fetal
- Mortalidade Perinatal
- Mortalidade Neonatal
- Nascimentos Pré-termo
- Crianças com baixo peso à nascença
- Partos por cesariana/100 partos
- Partos por cesariana/100 nados vivos

CRESCER COM SEGURANÇA

- Esperança de vida dos 1 aos 4 anos
- Taxa quinquenal de mortalidade infantil
- Mortalidade infantil
- Mortalidade dos 1 aos 4 anos
- Mortalidade dos 5 aos 9 anos
- Risco de morrer aos 5 anos
- Taxa de lactantes em exclusivo até aos 3 meses

UMA JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

- Esperança de vida dos 15 aos 19 anos
- Mortalidade dos 10 aos 14 anos
- Mortalidade dos 15 aos 19 anos
- Mortalidade dos 20 aos 24 anos
- Nascimentos em mulheres adolescentes
- Auto-apreciação negativa do estado de saúde (15 a 24 anos)
- Tabaco - consumo diário (15 a 24 anos)
- Álcool - consumo nos últimos 12 meses (15 a 24 anos)
- Excesso de peso (18 a 24 anos)
- Obesidade (18 a 24 anos)

UMA VIDA ADULTA PRODUTIVA

- Esperança de vida dos 45 aos 49 anos
- Mortalidade dos 25 aos 44 anos

- Mortalidade dos 45 aos 64 anos
- Nascimentos em mulheres com mais de 35 anos
- Auto-apreciação negativa do estado de saúde (35 a 44 anos)
- Auto-apreciação negativa do estado de saúde (55 a 64 anos)
- Tabaco - consumo diário (25 a 44 anos)
- Tabaco - consumo diário (45 a 64 anos)
- Álcool - consumo nos últimos 12 meses (25 a 44 anos)
- Álcool - consumo nos últimos 12 meses (45 a 64 anos)
- Excesso de peso (35 a 44 anos)
- Excesso de peso (55 a 64 anos)
- Obesidade (35 a 44 anos)
- Obesidade (55 a 64 anos)

UM ENVELHECIMENTO ACTIVO

- Esperança de vida dos 65 aos 69 anos
- Auto-apreciação negativa do estado de saúde (65 a 74 anos)
- Tabaco - consumo diário (65 a 74 anos)
- Álcool - consumo nos últimos 12 meses (65 a 74 anos)
- Excesso de peso (65 a 74 anos)
- Obesidade (65 a 74 anos)

DOENÇAS NEOPLÁSICAS

- Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina antes dos 65 anos
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos
- Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos
- Internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de doença isquémica cardíaca
- Letalidade intra-hospitalar por doença isquémica cardíaca
- Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos
- Internamentos pela via verde AVC de episódios de acidente vascular cerebral
- Letalidade intra-hospitalar por acidente vascular cerebral

DOENÇAS INFECCIOSAS

- Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos
- Incidência de sífilis congénita

SAÚDE MENTAL

- Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos
- Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos
- Consumo de álcool

TRAUMATISMOS

- Número de mortes por acidentes de viação
- Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de viação antes dos 65 anos
- Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool
- Taxa bruta de mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool
- Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais

SISTEMA DE SAÚDE

- Médicos especialistas por 100 000 habitantes, segundo o local de residência
- Médicos de medicina familiar por 100 000 habitantes, segundo o local de residências
- Médicos de Saúde Pública por 100 000 habitantes, segundo o local de residência
- Dentistas por 100 000 habitantes, segundo o local de residência
- Farmacêuticos por 100 000 habitantes, segundo o local de trabalho
- Enfermeiros por 100 000 habitantes, segundo o local de trabalho
- Consultas com médicos de Medicina Geral e Familiar/Clinica Geral por habitante/ano
- Consultas médicas por habitante / ano: CSP + Hospitalais
- Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas
- Primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares
- Número de doentes saídos por cama hospitalar / ano
- Demora média em internamento hospitalar
- Centros de Saúde que utilizam tableaux de bord para gestão

ACESSIBILIDADE AO MEDICAMENTO

- Consumo de medicamentos per capita no mercado total (em euros)
- Despesa total em medicamentos no PIB

- Despesa em medicamentos na despesa em saúde
- Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos
- Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório
- Consumo de cefalosporinas / consumo total de antibióticos, em ambulatório
- Consumo de quinolonas / consumo total de antibióticos, em ambulatório
- Medicamentos órfãos utilizados

1.5.4. Reflexão Sobre Actuais Indicadores

Recomenda-se a reflexão sobre os indicadores existentes, especificamente:

- Eliminação de indicadores redundantes;
- Introdução de mais indicadores de resultados, com correspondente adequação dos Sistemas de informação (SI);
- Eliminação de indicadores de difícil monitorização;
- Introdução de indicadores directamente relacionados com as actividades das UCC e das USP;
- Selecção de indicadores macro em função da sua operacionalização em actividades micro nas diferentes unidades funcionais dos ACES, para um mesmo resultado em saúde;
- Definição da métrica de medição;
- Adequação dos indicadores à informação existente;
- Definição de pacotes de indicadores por cada unidade funcional;
- Hierarquizações dos indicadores, uma vez que existem indicadores relacionados com a actividade assistencial ao nível micro, enquanto outros respeitam a informação epidemiológica de nível meso ou macro;
- Definição exacta de conceitos na formulação dos indicadores;
- Definição cuidada dos padrões e de standards para o acompanhamento dos indicadores;
- Distinção clara entre o que são outcomes e o que são outputs na definição de indicadores;
- Eliminação de indicadores inexecutáveis;
- Priorização de indicadores, para implementação gradual;
- Distinção entre indicadores para a contratualização externa e indicadores para a contratualização interna;
- Introdução de indicadores para medir o cumprimento do plano estratégico pelos ACES;
- Introdução de um indicador de processo que permita medir a qualidade da referenciação e da articulação entre os CSP e os outros níveis de cuidados, sendo, nesse caso, necessário definir o standard da boa referenciação e fazer acompanhar o indicador de um adequado SI, com comunicação em tempo real.

“Vale ressaltar uma questão metodológica importante na avaliação de impacto: são conhecidas as dificuldades na demonstração de que os resultados observados estão causalmente relacionados a uma dada política, facto que se torna ainda mais complexo no caso de políticas como a da humanização, que se configuram como uma teia ampla de acções, compondose de dispositivos específicos e de outros não-específicos” (Santos, 2007, p. 1003-1004).

Capítulo II - Metodologia de Investigação

2.1. Tipo de Estudo

O conhecimento científico é definido por Lakatos e Marconi (como citado em Pública, E. d., 2009) como um “conhecimento baseado em factos reais, que se podem constituir em problemas de investigação, sendo verificável por processos experimentais e organizado sistematicamente em corpos lógicos que formam as teorias” (p. 9).

Este tipo de conhecimento, a que se ambiciona, resulta da aplicação da metodologia científica, enquanto disciplina que “examina e avalia as técnicas de pesquisa bem como a geração ou verificação de novos métodos que conduzem à captação e processamento de informações com vista à resolução de problemas de investigação” (Pública, 2009, p. 9).

Os métodos qualitativos na investigação em saúde, assumem uma importância significativa, uma vez que permitem a obtenção respostas às questões levantadas pelos investigadores, quando aplicados por métodos de recolha de dados, permitindo uma análise rigorosa e cuidada dos dados (ENSP, 2009).

Neste estudo foi efectuada uma exaustiva revisão bibliográfica sobre a matéria em causa, identificando o estado da arte da humanização dos cuidados de saúde.

Coutinho (2005), relativamente aos estudos qualitativos, refere que: “a nível conceptual, o objecto de estudo na investigação não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideia, de descobrir significados nas acções individuais e nas interacções sociais a partir da perspectiva dos actores intervenientes no processo” (...) Os “estudos qualitativos constituem uma família de planos de investigação, que partem de pressupostos epistemológicos, filosóficos e metodológicos caracterizados por uma rejeição do modelo das ciências naturais”.

De uma forma geral, podemos então afirmar que os estudos qualitativos têm como principal objectivo a compreensão das necessidades, motivações e comportamentos dos participantes. São, em regra, a escolha metodológica ideal para projectos de investigação em que se pretende estudar de uma forma aprofundada, opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem grandes preocupações de quantificação. Este tipo de estudo aborda a problemática de forma naturalista, procurando perceber/interpretar o que determinados fenómenos significam para o sujeito.

Na investigação qualitativa, a pessoa do investigador tem especial importância. Os investigadores e as suas competências comunicacionais são o principal “instrumento” de recolha de dados e da cognição. Não podem, por isso adoptar um papel de neutralidade, no terreno e no contacto com as pessoas a entrevistar ou a observar. Ao contrário, têm de assumir ou aceitar certos papéis e posições – por vezes de forma vicariante ou contra a vontade. A que informação terá acesso e para a qual encontrará o caminho barrado, é algo que depende essencialmente da adopção de um papel ou de uma posição social adequada. Assumir ou aceitar um papel deve ser encarado como um processo de negociação, com várias fases, entre o investigador e os participantes. “Participantes” são, neste caso, as pessoas a ser entrevistadas ou observadas. (Flick, 2005).

No que respeita ao acesso às pessoas, instituições e outras situações específicas, o principal problema enfrentado pelo investigador é o da disponibilidade.

A questão da amostragem surge em diversos pontos do processo de investigação. Num estudo por entrevista, liga-se à decisão sobre a selecção das pessoas a entrevistar (amostragem de casos), bem como, na interpretação dos dados, volta a colocar-se a necessidade de decidir que partes do texto se devem seleccionar para interpretação geral ou para interpretações específicas de pormenor (amostragem interna do material).

Nos EUA, particularmente nos primórdios da investigação qualitativa, o debate metodológico desenvolveu-se durante muito tempo em torno da observação, como o principal método de colecta de dados. Foram as entrevistas semi-estruturadas, em particular, que despertaram interesse e passaram a ser amplamente usadas. Esse interesse está ligado à expectativa de os pontos de vista dos sujeitos serem mais facilmente expressos numa situação de entrevista relativamente aberta do que numa entrevista estruturada ou num questionário.

Na medida em que as investigações qualitativas são, na maioria dos casos, parcialmente indutivas, parece adequado aplicar uma combinação de métodos e procedimentos de análise. A análise qualitativa assenta numa lógica exploratória, percorrendo o investigador um caminho de descobertas para a construção de um esquema teórico de inteligibilidade (Maroy, 2005) (Escoval, *et al.*, 2009b).

Independentemente do objectivo definido, Miles e Huberman destacam três actividades cognitivas principais que devem estar presentes desde o momento de recolha dos dados e ao longo de todo o procedimento de análise qualitativa: redução da quantidade de dados (definindo bem a problemática, elaborando um guião de entrevista), a sua organização e apresentação para fins comparativos (através de quadros, por exemplo) e a sua interpretação e verificação (Escoval, *et al.*, 2009b).

Este estudo é descrito, uma vez que as conclusões resultam de uma descrição rigorosa dos dados recolhidos, tendo em consideração que nada é trivial e tudo tem potencial para construir uma pista. Tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação. Deles nascem as hipóteses que poderão ser estudadas noutros estudos.

Aplicamos também o método indutivo, no qual os investigadores desenvolvem conceitos e compreendem fenómenos a partir dos dados recolhidos, não procurando informação para verificarem hipóteses. O raciocínio vai do particular para o geral e ocupa-se de submeter os objectos de estudo à influência de variáveis, em condições controladas pelo investigador, a fim de observar os resultados que a variável produz no objecto. Neste sentido, consideramos esta característica como uma das principais deste estudo, visto não se ter tentado comprovar hipóteses, mas sim analisar os dados obtidos.

Para realizar este estudo, traçamos um plano tendo consciência que esse poderia ser alterado, devido ao carácter flexível do desenho da investigação, que caracteriza os estudos qualitativos, tendo permitido o reajustamento das situações que se foram verificando.

No início do estudo, elaboramos um plano que ajudasse a atingir os objectivos, que passou por perceber e compreender o tema em estudo. Neste sentido, pensamos num número de

participantes (consciente que os mesmos poderiam ser alterados ao longo do estudo), nos critérios de selecção dos mesmos e na forma de proceder a entrevista (o tipo de perguntas, duração, temas, sequência das perguntas), evitando desviar do objectivo do estudo.

No entanto, sentiu-se a necessidade de efectuar alterações ao longo do estudo, que se prenderam com a escolha dos participantes e o modo de realizar a entrevista. Tal aconteceu, para que fosse possível atingir o objectivo do estudo.

2.2. População e Participantes no Estudo

Pretendemos analisar a percepção dos profissionais de saúde quanto a políticas de humanização em serviços de saúde, tendo optado pela realização do estudo na ARS do Norte, IP, aplicado aos CSP, devido ao facto de:

- Ser o meu local de trabalho;
- Maior acessibilidade e rentabilização do tempo;
- Conhecer o ambiente e cultura institucional, pela experiência adquirida nesta instituição;
- Maior facilidade em obter consentimento para a realização da entrevista.

Também importa referir que o conhecimento que possuo relativamente à instituição, será útil para compreender e analisar os dados obtidos, tendo consciência que devo manter o necessário distanciamento e neutralidade exigido a qualquer investigador.

No que respeita à selecção da amostra, e tendo em conta a questão de investigação como fio condutor, sabendo que os participantes constituíram uma amostra não probabilística, foram seleccionados com base em critérios intencionais:

- Estarem disponíveis;
- Acederem participar voluntariamente no estudo;
- Profissionais de saúde ocuparem cargos de direcção de serviços/departamentos;
- Profissionais de saúde peritos nos temas abordados;
- Profissionais de saúde de diferentes serviços;
- Profissionais de saúde com diferentes habilitações;
- Profissionais de saúde de vários serviços/departamentos.

Foi efectuado um contacto prévio através de fax e e-mail com os potenciais entrevistados, dando-lhes conhecimento da investigação e dos objectivos. Estes contactos preliminares permitiram substituir um entrevistado, visto a informação/conhecimento que o profissional possui, não se enquadrar com o meu objectivo de estudo.

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde, tendo assegurado a observação do princípio da diversidade, deve garantir-se que as entrevistas se fazem considerando a heterogeneidade dos sujeitos e dos fenómenos em estudo, de forma a salvaguardar que a investigação abordou a realidade tendo em conta todas as suas múltiplas variações e especificidades.

Os entrevistados poderão defender diferentes posições ou ter opiniões heterogéneas relativamente a diferentes situações, mas a equipa de investigação deve garantir que todos se focalizem nas mesmas situações, aspectos e questões, utilizando, para este efeito um guião de entrevista.

Na realização da entrevista, pedi autorização para gravar, tendo sido concedida por alguns profissionais de saúde, tendo posteriormente sido transcrita para suporte de papel, tendo o cuidado de respeitar na íntegra as palavras utilizadas pelos participantes do estudo. As restantes entrevistas foram escritas aquando a entrevista. Elas realizaram-se entre os meses de Agosto e Dezembro de 2010, de acordo com o planeado e com a disponibilidade dos entrevistados, tendo a duração média de uma hora.

As entrevistas decorreram num ambiente calmo, de cordialidade e interesse demonstrados por todos os participantes.

2.3. Caracterização do Instrumento

Como forma de orientar o presente estudo, recorreremos à realização de entrevistas semi-estruturadas, enquanto instrumento de colheita de dados, uma vez que pretendemos obter informação quanto à Política de Humanização nos CSP, permitindo a comparação dos dados entre os participantes.

Concretamente a entrevista semi-estruturada é utilizada quando se pretende uma abordagem em profundidade de um determinado domínio, obtendo por parte do entrevistado, as opiniões que ele considera mais relevantes, ou seja, a sua descrição do problema em estudo.

Nas entrevistas semi-estruturadas são características “a incorporação de perguntas mais ou menos abertas, no guião” (Flick, 2005, p. 86).

A entrevista em pesquisa qualitativa é uma “conversa com um objectivo” (Bingham e Moore em 1924) (Costa, Rocha, & Acúrcio, 2004), sendo uma etapa do processo de investigação no qual se constrói o conhecimento, que permite obter dados referentes a percepções, posturas e atitudes dos servidores.

No sentido de orientar o estudo, após análise da literatura já referenciada, elaboramos os temas considerados importantes para compreender melhor a questão de investigação. De seguida, apresentamos sumariamente os temas selecionados, assim como uma breve explicação da sua importância para o estudo:

- ➔ Humanização: Obter a percepção dos profissionais de saúde quanto ao conceito de humanização aplicado aos CSP.
- ➔ Vertentes de Humanização: Identificar as vertentes da humanização aplicadas aos CSP.
- ➔ Avaliação da Política de Humanização: No contexto actual da reforma dos CSP é importante conhecer de que forma a política de humanização pode ser avaliada nos CSP.

- ➔ Contratualização da Política de Humanização: Face à actual contratualização aplicadas às unidades funcionais de saúde, em que medida a política de humanização aplicada a cada serviço poderá ser contratualizada.
- ➔ Indicadores de Humanização: Identificar os indicadores que posteriormente podem ser contratualizados para avaliar a política de humanização.

No sentido, de analisar a percepção dos profissionais de saúde relativamente à política de humanização nos serviços de saúde, relacionando os dados obtidos com a literatura existente acerca do tema, elaboramos um guião que iria constituir a entrevista (Anexo I), constituído por cinco questões:

- 1 – Diga o que entende por Humanização, enquanto conceito, num serviço de saúde nos cuidados de saúde primários.
- 2 – No seu entender, quais as diferentes vertentes de humanização aplicadas nos cuidados de saúde primários.
- 3 – Numa perspectiva de gestão, quais os critérios de avaliação da política de humanização nos cuidados de saúde primários.
- 4 – De que forma a política de humanização poderá integrar a contratualização com os cuidados de saúde primários.
- 5 – Enumere os possíveis indicadores que podem fazer parte da contratualização.

Neste guião de entrevista, estavam clarificados os objectivos da problemática em estudo, A construção do guião foi realizada por mim e validada pelo meu orientador, Prof. Doutor J. Paulo K. Moreira.

2.4. Tratamento de Dados

As entrevistas depois de transcritas para papel foram submetidas a análise através do software Nvivo9, preservando sempre a natureza contextual dos dados.

O software Nvivo9 constitui uma das mais recentes versões de programas de computadores voltados para a análise qualitativa dos dados, tendo cinco funcionalidades principais; permite gerir os dados, gerir as ideias, pesquisa de dados, modelação visual e permite efectuar relatórios.

O software é particularmente útil na administração e síntese das ideias do investigador, permitindo a realização de mudanças nos documentos com a qual estamos a trabalhar, sendo possível acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados ou ainda registar ideias na forma de *memos*. Os dados são originais de documentos textuais ou seja, das entrevistas.

Este software permite a quebra de divisões rígidas entre categorias de dados e formas de interpretação, oferecendo caminhos para conectar partes do projecto e integrar pontos de reflexão e dados registados.

Num primeiro momento, para utilizar o programa pela primeira vez, foi preciso ler o manual de instruções e explorar as potencialidades desta ferramenta de análise.

De seguida, procuramos assessoria juntos dos professores do Departamento de Psicologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) com experiência a utilizarem este software, onde foram apresentadas dúvidas e discutidas ideias, aproveitando para conhecer melhor o seu potencial e funcionamento.

Conhecendo o suficiente sobre o funcionamento do software, foi necessário proceder à categorização dos dados.

Nesta pesquisa, foi utilizado o software Nvivo9 para facilitar a análise das transcrições das entrevistas. Esse software foi concebido para a análise qualitativa de dados, sob a forma de texto, imagens ou registo sonoro, segundo a técnica de codificação prevista na metodologia utilizada na pesquisa. Destina-se, fundamentalmente, ao armazenamento, configurando e recuperação textual de segmentos de textos codificados. Embora o software de análise seja extremamente relevante para aumentar a qualidade do resultado da análise, a responsabilidade e codificação, no entanto, é sempre do pesquisador (Barbosa, 2008).

Para Miles e Huberman (como citado em Barbosa 2008), codificar significa analisar. Sendo característica dos estudos qualitativos, a fase de codificação dos dados é mutuamente influenciada pela fase de análise dos dados. Apesar de o processo de análise passar primeiro por um processo de codificação, os autores afirmam que a codificação é o processo pelo qual, o pesquisador cria e designa códigos associados a trechos de textos, de forma a permitir posterior associação de vários segmentos de texto que levam um mesmo código, e organização dos modelos conceituais de relacionamentos (ligações e hierarquias) entre os códigos.

A codificação dos dados implica a revisão de dados, como notas de campo e transcrições ou síntese de entrevistas, com o objectivo de dissecá-los em partes menores, associando-as a significados e mantendo intactas as relações entre elas. A codificação dos dados sucede a partir dos textos transcritos, e tem como objectivo organizar os dados a partir da redução dos significados num formato mais simples, possibilitando sistematizar o conteúdo a partir dos significados implícitos do que foi dito pelos entrevistados (Barbosa, 2008).

Nesta investigação, o sistema de categorias foi elaborado em diferentes fases e recorrendo a dois tipos de análise, por um lado a análise dedutiva, ou seja, numa fase inicial as categorias foram criadas por mim, com base na literatura analisada, tendo a assessoria da Professora Helena Martins, docente da ESTSP e do orientador, Prof. Doutor J. Paulo K. Moreira, e por outro lado, com o decorrer da investigação e da análise constante nas entrevistas, fui reformulando e criando/reagrupando as subcategorias (análise indutiva).

Na constituição das categorias e subcategorias, tive em consideração que as mesmas não deviam ser muito numerosas nem pormenorizadas, bem como, não serem insuficientes e demasiado abrangentes. No entanto, devem ter fronteiras bem delimitadas, permitindo uma fácil organização e categorização do conteúdo.

Após a criação das categorias, chamadas Nodes do software Nvivo9 e subcategorias (Tree Nodes no Nvivo9) (Anexo II), li novamente as entrevistas, seleccionando as partes que devia

enquadrar em cada uma delas. Ao longo deste processo, houve situações em que a mesma unidade pertencia a mais que uma categoria e outras situações em que a unidade não se enquadrava em nenhuma categoria, uma vez que não tinha pertinência para o estudo.

Para efectuar esta parte do trabalho, recorri ao software Nvivo9, sendo bastante útil nesta fase, mas é importante salientar que a interpretação fica sempre a cargo do investigador, neste caso toda a codificação das entrevistas fui eu que as codifiquei.

Na minha investigação, a codificação do documento foi feita de forma manual, a qual consiste na codificação de unidades de texto em Nodes ou Tree Nodes, tendo sido feita por frases contidas em cada resposta durante a entrevista.

Concluída a fase de codificação, todos os documentos foram lidos e analisados novamente. No final desta análise e após conclusão das categorias e subcategorias obtidas remetemos para anexo as categorias e subcategorias, denominada no Nvivo9.

2.5. Limitações ao Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que é importante mencionar.

Em primeiro lugar, importa destacar a experiência que possuo no âmbito de investigação científica, que pode provocar falhas a nível metodológico.

Em segundo lugar, a questão de nunca ter trabalhado com o software Nvivo9, apesar de todo o esforço por compreender e aproveitar ao máximo as potencialidades deste software e concluir que este estudo constituiu um processo de descoberta e aprendizagem contínua.

Por fim, convém referir que este estudo à semelhança de estudos qualitativos, não prevê a generalização dos resultados, no entanto, podem ser transferíveis, ou seja, é a probabilidade dos resultados terem significados para outros em situações semelhantes.

Capítulo III – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

3.1. Caracterização dos Participantes no Estudo

Participaram no estudo 5 profissionais de saúde, caracterizados pelas variáveis demográficas e sociais, nomeadamente, sexo, idade, habilitações literárias e profissionais, conforme consta no quadro 6.

Quadro 6 – Caracterização dos participantes

<i>Identificação</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Habilitações Literárias</i>	<i>Profissão</i>	<i>Local de Trabalho</i>	<i>Data da entrevista</i>
E1	M	54	Licenciatura	Enfermeiro	Departamento dos CSP da ARS Norte	09-08-2010
E2	F	57	Licenciatura	Médica	ACES Tâmega II – Vale Sousa Sul	12-10-2010
E3	F	41	Mestrado	Assistente Social	ACES Tâmega II – Vale Sousa Sul	18-20-2010
E4	M	52	Licenciatura	Médico	Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte	22-10-2010
E5	F	60	Mestrado	Médica Especialista de MGF e Mestre em Saúde Pública	Departamento de Contratualização da ARS Norte	15-12-2010

Fonte: Elaborado pelo autor

Em suma, os participantes são constituídos por 3 profissionais do sexo feminino, 2 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 41-60 anos, apresentando habilitações literárias de ensino superior, tendo como profissão; médicos (3), assistente social (1) e enfermeiro (1), desempenhando funções na ARS Norte, 3 profissionais de saúde e 2 profissionais de saúde no ACES Tâmega II – Vale Sousa Sul. As entrevistas realizaram-se no período de Agosto a Dezembro de 2010.

3.2. Apresentação, Análise e Discussão das Narrativas dos Participantes no Estudo

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo, não de uma forma conclusiva e antecessora de “novas descobertas”, mas de uma forma descritiva, no sentido de compreender o conceito de humanização aplicado aos CSP e tentar perceber de que forma este conceito

agregado a uma política, pode ser alvo de contratualização na actual reforma que os CSP estão a sofrer. É feita uma descrição das opiniões/ideias/conhecimentos que os profissionais de saúde que participaram neste estudo possuem acerca do tema em estudo. Tento levantar o “véu” para novas fontes de investigação, e não resolver questões concretas.

Com recurso aos conhecimentos sobre análise de conteúdo clássica e com a ajuda do software Nvivo9, exploramos toda a informação, agrupando-a e categorizando-a.

As categorias foram elaboradas no seguimento das questões de natureza conceptual que constituíram o guião de entrevista, e as subcategorias da revisão bibliográfica e do *corpus* da análise e *verbatim* das entrevistas realizadas aos participantes no estudo, como se identificam no quadro 7.

Quadro 7 – Perspectiva das categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
Conceito Humanização	Reconhece direitos aos utentes Satisfaz as necessidades Biofisiológicas e Psicológicas Valoriza o cuidado nas dimensões éticas e técnicas
Vertentes da Humanização	Acesso Condições de trabalho/instalações Ética e Moral Formação dos profissionais Qualidade Relação médico-utente Tecnologia
Avaliação da Humanização	Acesso Eficácia dos serviços Melhoria contínua Partilha da missão, visão, valores Reduzir as filas de espera
Contratualização	Carteira básica de serviços Formação dos profissionais Unidades funcionais
Indicadores	Acesso Eficiência Produtividade Qualidade técnica-científica Satisfação dos utentes/profissionais

Fonte: Elaborado pelo autor

3.2.1. Conceito Humanização

O conceito de humanização aplicado aos CSP por parte dos profissionais de saúde que participaram no estudo foi classificado de acordo com as subcategorias apresentadas no quadro 8.

Quadro 8 – Matriz do Número de Referências codificadas no “Nodes” Conceito

	Reconhece direitos utentes	Satisfaz as necessidades Biofisiológicas e Psicológicas	Valoriza o cuidado nas dimensões éticas e técnicas
E1	1	1	0
E2	0	1	1
E3	1	2	3
E4	0	1	1
E5	1	1	1

Fonte: Nvivo9

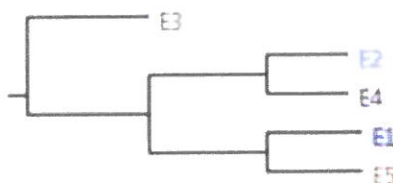
Pela análise do quadro 8 verifica-se que o E3 foi o profissional de saúde que mais contribuiu para a definição do conceito de humanização em todas as subcategorias seguindo-se o E5 com uma referência para cada subcategoria.

Quanto ao E1, E2 e E4 definiram humanização referindo só duas subcategorias de um total de três apresentadas.

Quanto à análise das entrevistas codificadas tendo em conta a semelhança das respostas, podemos verificar através do gráfico 1 que a definição do E3 obteve uma definição global, enquanto a definição do E2/E4 e E1/E5 são semelhantes entre si.

Quando à definição apresentada pelo participante E3, observa-se que é abrangente, uma vez que é o participante que contribuiu com um maior número de referências e em todas as subcategorias. O que poderá estar na base desta generalização, são as habilitações académicas do participante, mestrado, e também ser um profissional voltado para as questões de humanização dos utentes, uma vez que é assistente social e cujas funções visam articular-se com os restantes profissionais do serviço de saúde para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados.

Gráfico 1 – Entrevistas codificadas segunda a sua semelhança



Fonte: Nvivo9

Humanizar é “pôr a marca do humano em todo o nosso processo relacional com cada um dos doentes e lutar para as circunstâncias em que ele acontece não sejam um obstáculo à nossa acção humanizada e humanizadora”. (S. João, 2008, p. 9)

3.2.1.1. Reconhecimento dos direitos dos utentes

Com base na revisão bibliográfica efectuada neste estudo, determinamos que uma das subcategorias para o conceito de humanização é o reconhecer dos direitos dos utentes, sendo algo que está consagrado no SNS, previsto na Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto e alterada pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, denominada Lei de Bases da Saúde, sendo que na Base XIV-Estatuto dos Doentes, refere que os utentes têm de ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito.

Outro aspecto expresso na Lei supra citada é permitir ao utente que possa reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos, tal como relatado pelos participantes E3 e E5.

“Pressupõe que o utente seja pró-activo, que exerça o direito de ser utente de um serviço com profissionais competentes e responsáveis” (E3).

“...participação cívica dos utentes” (E5).

Segundo Osvaldo Santos “a participação activa dos utentes e profissionais dos centros de saúde é da maior importância no estabelecimento dos parâmetros para a definição das prioridades de melhoria dos cuidados de saúde” (Saúde Primários, 2007, p.46), ideia igualmente partilhada pelo participante E1.

“Humanizar é uma forma muito vasta, devendo permitir às pessoas que comuniquem” (E1).

Por outro lado, “para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde é necessário garantir, entre outros aspectos, a equidade, a qualidade e a participação activa dos cidadãos, nas várias dimensões em que se justifica” (Portugal, 2007b, p. 14).

“A Humanização é um direito do cidadão (ou, mais precisamente, o conjunto ou resultado de muitos direitos), mas é também “uma obrigação profissional e um dever institucional” (Viterbo, p. 6).

3.2.1.2. Satisfação das necessidades biofisiológicas e psicológicas

A definição de humanização também engloba a satisfação das necessidades biofisiológicas e psicológicas, ou seja, o utente/cidadão quando recorre aos CSP deseja que a suas necessidades sejam satisfeitas, como relata o participante E3:

“Humanização traduz o modo de prestar os cuidados, nomeadamente as relações entre os profissionais de saúde e os utentes, tendo em conta as necessidades, desejos e interesses do utente, a qualidade do atendimento e as condições de trabalho dos profissionais” (E3).

“Pois valoriza a qualidade de atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais” (E3).

Para que as suas necessidades sejam satisfeitas é necessário *“Dar condições humanas, ser afável, benévolo, tratável, civilizado...”* (E2), devendo o utente e o profissional estarem em sintonia, como refere o participante E1 *“...humanizar no sentido de incluir as pessoas, torná-las parte integrante do projecto no sentido de motivá-los”.*

Os requisitos necessários para um bom atendimento são a atenção e cortesia, informações precisas e concisas, encaminhamento e orientação do utente, e adequada gestão da comunicação em contexto de tensão e angústia (Portugal, 2006).

Neste sentido, *“A humanização num serviço de saúde nos cuidados de saúde primários é tudo, ou seja, é a organização dos cuidados de saúde, as amenidades, a acessibilidade, as consultas programadas...”* (E4).

Também importa referir que *“A humanização dum serviço de saúde é o acompanhamento do utente e sua família ao longo do seu ciclo vital, através de uma equipa multidisciplinar...”* (E5).

3.2.1.3. Valorizar o cuidado nas dimensões éticas e técnicas

A Humanização valoriza a dimensão humana e individual, tentando entender o utente propiciando um bem-estar recíproco, como referem os participantes E2 e E3:

“Humanização é o acto de humanizar que significa tornar humano...” (E2).

“Destaca-se a convergência deste conceito, cujo eixo central é a dimensão humana, individual e ética do atendimento, com a concepção de direitos do utente. A humanização envolve questões que vão desde a operacionalidade de um projecto político de saúde centrado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida...” (E3).

“...humanização é o processo, fundamentado no respeito e valorização da pessoa humana, que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção colectiva de compromissos éticos e de métodos para as acções de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (E3).

“O profissional valoriza a vida humana, considerando as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo, ou seja, o conjunto de factores responsáveis pela saúde do utente” (E3).

Por outro lado, o profissional de saúde deve olhar para o doente e tentar percebê-lo, facilitando o processo de cura dos doentes, como relata o E4:

“No fundo, a humanização é facilitar o processo de cura dos doentes, olhando para ela e percebendo....” (E4).

De uma maneira geral, a percepção dos participantes no estudo relativamente ao conceito de humanização vai de encontro à definição presente na revisão bibliográfica deste estudo, sendo que a humanização em saúde é a criação de laços de cidadania.

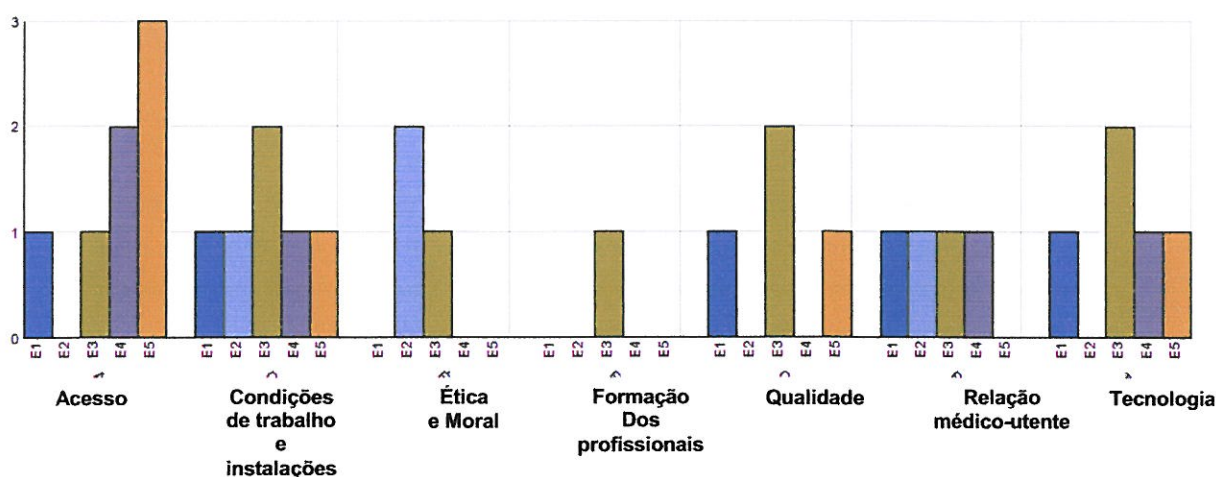
3.2.2. Vertentes da Humanização

Conforme ilustra o gráfico 2, a vertente da humanização referida por todos os profissionais de saúde foi as condições de trabalho e instalações, com maior número de codificações, seguida da relação médico-utente.

A vertente de acesso e tecnologia mereceu destaque por parte de 4 profissionais de saúde com excepção do participante E2.

Segue-se a vertente da qualidade, referenciada pela E1, E3 e E4, a ética referida pelo E2 e E3 e finalmente a vertente da formação dos profissionais referida pelo E3.

Gráfico 2 – Vertentes da humanização



Fonte: Nvivo9 – Matriz Coding Query

Segundo Luís Pisco, a alteração no modelo de prestação dos CSP tornou-se mais acessível, adequado às necessidades, mais eficiente, apostando no trabalho em equipa, no pagamento sensível ao desempenho e na informatização dos serviços, fazendo com que os cidadãos se orgulhem dos serviços de saúde prestados, no sentido de criar um clima de confiança e satisfazer as expectativas dos cidadãos e profissionais (Saúde Primários, 2007).

3.2.2.1. Acesso

Um dos principais objectivos da actual reforma dos CSP, prende-se justamente com o acesso à prestação dos cuidados de saúde, tal como relatam os participantes E1, E3 e E4:

“De um modo geral é o acesso aos CSP, é a questão mais importante...” (E1).

“Acessibilidade para todos: os cidadãos esperam que lhes facilite acesso a cuidados de saúde...” (E3).

“Uma das vertentes é a organização dos cuidados de saúde, que inclui a acessibilidade ao serviço de saúde...” (E4).

No entanto, o acesso não se prende com questões exclusivas de ter médico de família, mas também questões relacionadas com a informação disponível, ou seja, horários dos médicos, identificação dos profissionais, jornais internos, entre outras, como referem os participantes E4 e E5:

“...importa saber que acesso é que o utente tem à informação, qual a disponibilidade da informação” (E4).

“Acesso fácil” (E5).

“...a informação ao cidadão através de folhetos, cartazes, jornais internos, sites na internet...” (E5).

Com a constituição das unidades funcionais, tem-se verificado que alguns horários das USF são mais alargados, permitindo ser ajustados com base nos horários e nas necessidades dos utentes, daí a necessidade do acesso ser uma vertente importante na humanização dos CSP.

“...os horários alargados, quer ao fim-de-semana e feriados, quer mesmos durante os dias úteis...” (E5).

“Uma das expressões da boa acessibilidade e concretização da equidade no acesso aos CSP é o trabalho em equipa, seja em USF ou noutra unidade funcional do ACES, o qual deve ser promovido e valorizado, numa concepção aberta e flexível, adaptando os seus modelos de

funcionamento às necessidades dos utentes da sua área de influência. Para este efeito dever-se-á considerar, em especial, horários de trabalho dos cidadãos activos, podendo ser indispensável alargar a introdução de tempos de consulta em horário pós-laboral.” (Saúde Primários, 2007, p. 14).

Sendo um objectivo estratégico da MSCP promover o alargamento da oferta de cuidados de saúde, para além do horário normal de funcionamento, de modo a adequar-se às necessidades da população (Saúde Primários, 2007), bem como, apoiar a implementação de unidades móveis de prestação de CSP, de modo a garantir a prestação de cuidados às populações com reduzidas capacidades de mobilidade.

Importa também referir que neste processo de grande mudança é importante dar conhecimento aos cidadãos das mudanças e alterações que os CSP tiveram e continuam a sofrer, explicando os benefícios do novo modelo organizacional e possibilitar aos cidadãos que interajam com os serviços de saúde, dando-lhes sugestões.

3.2.2.2. Condições de trabalho e instalações

A vertente referida por todos os participantes no estudo foi as condições de trabalho e instalações. De facto, esta vertente é aquela que mais preocupa a gestão, os profissionais de saúde e os utentes, ou seja, deseja-se um espaço de trabalho “novo”, agradável, bonito, com boa apresentação e decoração é um espaço que transmite paz, tranquilidade, acolhimento, mais humano.

A implementação das USF's, obrigou à reorganização de novos espaços que tiveram em conta aspectos como “...amenidades, como as acessibilidades, as rampas, os parques de estacionamento, as cores, o ar condicionado, as salas de espera, os panfletos (a forma como estão feitos para permitirem às pessoas uma leitura fácil)” (E1) e “Instalações e equipamento: as condições das instalações e equipamentos devem proporcionar o conforto e o bem-estar que a situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra, requer” (E3).

Os aspectos supra citados também foram relatados pelo participante E4 “Uma outra vertente prende-se com as amenidades, o conforto...”.

A reorganização dos CSP, com a criação de novas unidades funcionais, como as USF, UCC e USP, foram espaços pensados para os utentes, que pretendem fazer com que estes se sintam confortáveis nestes locais, incluindo melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, para que consigam produzir mais e melhor, como referem os participantes E2, E3 e E5:

“Teremos que investir em várias vertentes como seja nos funcionários proporcionando-lhes boas condições de trabalho, em instalações com ambiente saudável e sem repressão...” (E2).

“... condições de trabalho dos profissionais” (E3).

“Os espaços são pensados ao pormenor, tornando-o num ambiente mais acolhedor e funcional...” (E5).

3.2.2.3. Ética e Moral

A ética como vertente da humanização, traduz-se essencialmente em respeitar o outro como ser humano, e com empatia “...mas com responsabilidade” (E2).

“Nos utentes proporcionando-lhes atendimento afável, correcto, respeitando todos de igual forma, não olhando a raças credos ou religiões” (E2).

“Atender o utente com empatia, receptividade e respeito, como ser autónomo e digno. O eixo central é a dimensão humana, individual e ética do atendimento, com a concepção de direitos do utente” (E3).

Por outro lado, “a governação clínica constitui-se como um compromisso ético de responsabilidade social, onde o essencial passa por saber ser tolerante com o erro, celebrar o sucesso, acreditar no potencial humano, valorizar o saber prático, partilhar conhecimento, ter confiança e ser aberto ao exterior” (Saúde Primários, 2007, p. 22).

Refira-se ainda que, na carteira básica e adicional de serviços fixam-se alguns requisitos como um bom atendimento, a atenção e cortesia; informações precisas e concisas (presencialmente ou via telefone/e-mail); encaminhamento e orientação do utente; adequada gestão de comunicação em contexto de tensão e angústia (Saúde Primários, 2007).

3.2.2.4. Formação dos profissionais

A vertente menos referida pelos participantes no estudo, mas igualmente importante é a formação. Esta formação passa muitas vezes pela inclusão de uma disciplina nos currículos académicos da formação dos médicos. Estes profissionais deveriam saber lidar com situações relacionadas com a humanização, “A possibilidade de promover atendimentos verdadeiramente humanizados requer, necessariamente, a educação dos profissionais de saúde dentro dos princípios da humanização” (E3).

Por vezes o utente quando recorre à unidade de saúde encontra-se fragilizado, doente, “abandonado”, procurando que os outros o escutem e o compreendam.

É importante referir que o grande motivo das queixas, refere-se à forma como os profissionais de saúde abordam os utentes, sendo por vezes agressivos, não estando prontos para ouvir, escutar e compreender o utente.

Desta forma, a formação contínua nas unidades funcionais “deve ser prevista, para todos os profissionais, concertada em planos individuais anuais e colectivos, tendo em conta as necessidades formativas pessoais” integrados num plano de formação do ACES. (Saúde Primários, 2006, p. 17- 18).

“A sociedade do conhecimento é uma realidade e não apenas uma previsão para um futuro próximo” (Saúde Primários, 2007, p. 24).

Desta forma, a gestão do conhecimento pretende melhorar o desempenho organizacional, nomeadamente na organização do trabalho, transformando um modelo burocrático, num modelo adaptado à inovação e conhecimento.

Assim é necessário implementar planos de formação nas unidades funcionais que incluam todos os profissionais e que sejam abordados temas como a humanização na saúde, uma das necessidades reais das instituições de saúde.

Segundo um estudo, também se conclui que se deveria apostar na “formação regular dos profissionais de saúde (tendo sido dado especial ênfase aos médicos de família) em técnicas/competências interpessoais” (Saúde Primários, 2007, p. 48).

3.2.2.5. Qualidade

A actual reforma, pretende que os CSP sejam melhores, trabalhando com qualidade e sendo cada vez mais exigentes “...com melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados...” (E3), como é o caso das USF que estão em modelo B, como refere o participante E1 “...como as Unidades de Saúde Familiar modelo B que começam a pensar noutras coisas, são mais exigentes”.

A qualidade, não se prende só com os cuidados prestados, mas também com as condições de trabalho, o alargamento de serviços, o ajustamento dos horários em função das necessidades do utente, como referem os participantes E3 e E5:

“Qualidade, esta característica dos cuidados esta relacionada não só com a qualidade dos serviços prestados mas também com a organização dos mesmos, em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, integração de cuidados...” (E3).

“A marca do SNS é proximidade com qualidade...” (E5).

“A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento do SNS” (Saúde Primários, 2007, p. 16) como refere o participante E 5:

“A marca do SNS é proximidade com qualidade...” (E5).

A qualidade, sendo uma vertente da humanização nos CSP, “exige uma abordagem dinâmica, orientada para os resultados em saúde, utilizando-os para melhorar os níveis de desempenho, através de processos de melhoria da qualidade, baseando-se na auto e hetero-avaliação, num processo evolutivo que conduzirá à acreditação dos serviços” (Saúde Primários, 2007, p. 16).

A qualidade dos CSP, na perspectiva dos cidadãos, assenta sobretudo na acessibilidade e conhecimento (Saúde Primários, 2007).

Nesse estudo, as perspectivas dos profissionais de saúde são que “os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados, ficando mais satisfeitos quando percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade” (Saúde Primários, 2007, p. 48).

3.2.2.6. Relação médico-utente

A relação médico-utente é outra das vertentes de humanização salientada pelos participantes no estudo.

Esta relação leva por vezes os utentes a reclamarem, por não se acharem compreendidos pelo seu médico, devendo estes tentar compreender os utentes e tentar comunicar com eles de uma forma directa e com linguagem acessível, como refere o E1:

“...o atendimento interno (dentro do gabinete é uma abordagem mais íntima...” (E1).

Esta questão outros problemas, que não são objecto de estudo, mas também eles importantes, como é o caso de os utentes aderirem à terapêutica prescrita. Ou seja, se o utente tem confiança no seu médico, irá certamente aderir à terapêutica e o seu sucesso de cura é maior, por outro lado, se o médico não dá confiança ao utente, provavelmente este não vai acreditar no médico, logo não irá fazer a terapêutica e os recursos financeiros estão a ser gastos sem sucesso.

Por outro lado a “ Relação médico-utente: assenta em modelos comunicacionais relacionados com o espaço terapêutico, os sintomas, expectativas, medos e ansiedade do médico. Deve existir uma comunicação mais aberta entre médicos e utentes que possibilite uma maior qualidade na relação, centrada não apenas na doença, mas também no utente. O comportamento profissional do médico deve incorporar aos seus cuidados a percepção do utente acerca da sua doença” (E3).

Refere o participante E2 que “Embora a satisfação dos utentes provém sobretudo do relacionamento com quem atende” é importante referir que tem que existir tempo necessário para passar a mensagem, como refere o participante E4:

“Outra vertente é o tempo, que o médico tem para falar com o doente, no sentido de transmitir a mensagem, sendo imprescindível que os cuidados de saúde estejam organizados para que a mensagem passe...” (E4).

Segundo o que alguns investigadores defendem, “a satisfação com os CS está vinculada às relações com os profissionais de saúde, tendo o médico de família um “peso” relativo superior aos restantes profissionais” (Saúde Primários, 2007, p. 46).

“Osvaldo considera que humanizar é reforçar o clima de inter-relação confiante e confidencial entre a pessoa (utente, doente, familiar) e a pessoa (profissional de saúde)” (Viterbo, p.7).

3.2.2.7. Tecnologia

A vertente tecnológica na humanização dos cuidados de saúde também foi referida pelos participantes no estudo.

A tecnologia nos últimos anos tem tido um grande avanço em todas as áreas e na saúde tem sido crucial para a implementação destas reformas. Os CSP têm acompanhado estes avanços, tais como:

“...comunicar por SMS a consulta (permite que as pessoas não se esqueçam da consulta)” (E1).

“Marcação de consultas por e-mail, além da marcação telefónica, a comunicação através de MSN entre o secretariado clínico e os utentes...” (E5).

“Marcação de Consultas: facilitação do processo de marcação de consultas” (E3) “articulando com os avanços tecnológicos”.

O utente pode procurar e trocar informações com o seu médico através da internet. Os funcionários também podem comunicar entre si através da internet. Um dos grandes avanços na área da medicina foi a Telemedicina, por permitir comunicar para toda a parte do mundo através de um monitor, implicando ganhos em saúde ao nível da eficiência.

“O facto de as consultas serem programadas, a introdução do “E-Agenda”, em que o utente pode marcar o registo da consulta por via electrónica” (E4), traduz um importante avanço da tecnologia dos CSP.

“A utilização adequada das tecnologias de informação e comunicação (TIC) garante a acessibilidade da informação e permite conservar a memória organizacional. Uma abordagem estruturada da informação exige, para além de tecnologias, o desenvolvimento de práticas que forneçam um quadro coerente que é comum designar por gestão do conhecimento” (Saúde Primários, 2007, p. 18).

Por outro lado, as TIC permitem reduzir e simplificar os procedimentos no tratamento da informação e também aumenta a efectividade da acção dos profissionais.

Os portais da web, os sistemas de informação são alguns dos aspectos que importa integrar numa política de gestão das tecnologias e da informação.

Para os participantes no estudo, as vertentes de humanização num serviço de saúde são; o acesso, condições de trabalho/instalações, ética e moral, formação dos profissionais, qualidade, relação médico-utente e tecnologia, ou seja, semelhantes às identificadas na revisão bibliográfica.

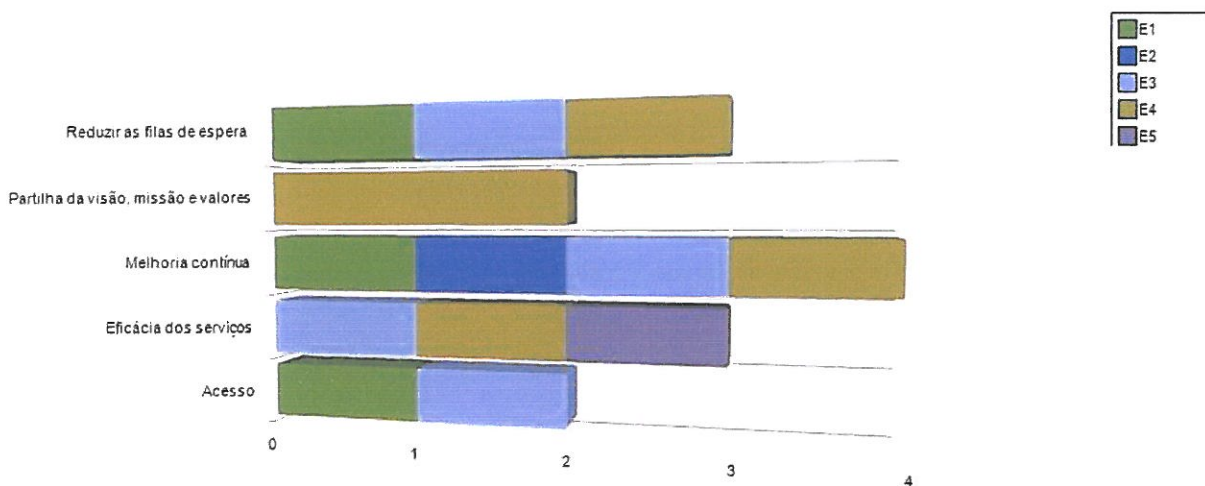
3.2.3. Avaliação da Política de Humanização

Outras das questões colocada aos participantes no estudo é como a política de humanização pode ser avaliada num serviço de saúde dos CSP.

A maior parte dos profissionais de saúde entrevistados, disse melhoria contínua com excepção do E5. De seguida verificou-se que a redução das filas de espera e a eficácia dos serviços obteve 3 referências cada. Posteriormente a subcategoria de acesso vem com duas referências do entrevistado E1 e E2 e por último a subcategoria de partilha da visão, missão e valores referido por um único participante, E4.

É importante referir que este profissional de saúde, E4, ocupa um lugar de Direcção no Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte, talvez por isso, seja importante esta partilha de visão, missão e valores que será abordada mais detalhadamente mais à frente.

Gráfico 3 - Categoria de avaliação da política de humanização



Fonte: Nvivo9 – Matrix Coding Query – Results Preview

3.2.3.1. Acesso

Da mesma forma que o acesso é uma vertente de humanização aplicado aos CSP, é lógico que esse acesso seja avaliado conforme refere os profissional E1, como referiu nas vertentes de humanização: “...o acesso...”.

A avaliação da política de humanização traduz-se na existência de CSP acessíveis aos utentes, na existência de várias especialidades dependendo nas necessidades de saúde encontradas na população, na necessidade dos médicos se deslocarem ao local das residências dos utentes quando precisam, de serem atendidos quando necessitam, como refere o participante E3:

“Disponibilidade (médicas: estomatologia, psiquiatria ou dermatologia na rede pública de cuidados de saúde); Proximidade (utentes geograficamente mais isolados com dificuldade em deslocarem-se aos centros de saúde...)”.

Estas respostas foram justamente dadas pelas pessoas que têm um contacto mais próximo e em primeira lugar com os utentes, que é o caso dos enfermeiros e a assistente social. O gabinete do utente num serviço de saúde, tem como função analisar e resolver problemas dos utentes, e mais do que ninguém sabem o que mais preocupa os utentes.

Quanto à resposta do E1, sendo um enfermeiro e estando neste momento a desempenhar a função de auditor na ARS Norte, é implícito que a sua resposta englobe o acesso como avaliação da política de humanização, uma vez que um dos objectivos da actual reforma seja a equidade de cuidados de saúde, que todos consigam aceder aos serviços de saúde nas mesmas condições e com os mesmos requisitos.

3.2.3.2. Eficácia

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), o sucesso da actual reforma depende da eficácia das lideranças, ou seja, as chefias devem possuir competência de gestão, de governação clínica e técnicas.

Neste sentido, *“Os centros de saúde constituem o primeiro acesso aos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”*, como refere o participante E3.

Entende-se por eficácia dos serviços de saúde, os resultados dos serviços prestados, desta forma refere o participante E4 que *“Outra forma de avaliação, prende-se com o grau como os cuidados domiciliários são praticados, em função da sua incapacidade...”*.

“A actual reforma dos CSP pretende mais saúde para todos, optimizando os cuidados de saúde...”, refere o participante E5.

3.2.3.3. Melhoria contínua

“A governação clínica é o conceito segundo o qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, garantindo altos padrões de qualidade através da criação de um ambiente onde a excelência floresça.” (Saúde Primários, 2007, p. 22).

A governação clínica, sendo um conceito recente, abarcando conceitos como a efectividade clínica, auditoria clínica, gestão de risco, "...a satisfação" referida também pelo participante E1 e o desenvolvimento de competências profissionais, pretende "envolver todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados", implicando um esforço conjunto de toda a equipa para identificar aspectos que necessitem de melhoria e procura de soluções, implicando a responsabilização pelos serviços prestados. (Saúde Primários, 2007, p. 22).

A "Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho" (E3).

"Por outro lado, também se pode avaliar pela forma como os cuidados de saúde disponibilizam material (canadianas, camas articuladas, material ortopédico) aos utentes mais necessitados" (E4).

"Deste modo poderemos tomar as atitudes correctas no sentido de proporcionar o melhor para todos..." (E2).

"A acreditação em saúde pode (e deve) constituir um procedimento de avaliação externa a um estabelecimento de saúde, num processo de auto-avaliação contínua, efectuado por profissionais, independentes do estabelecimento de saúde e dos organismos de tutela" (Saúde Primários, 2007, p. 30).

3.2.3.4. Partilha da visão, missão, valores

A visão da MCSP é "uma rede prestadora de CSP de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada no empreendedorismo profissional" (Saúde Primários, 2007, p. 9), como refere o participante E4 "tem que haver uma comunhão de interesses entre os mesmos...".

"As USF foram organizadas voluntariamente, em edifícios novos e/ou remodelados, em que os profissionais têm que partilhar interesses que joguem a favor de uma determinada lista de utentes, passando a ter um compromisso existencial com estes..." refere ainda o participante E4.

A visão, missão e valores num serviço de saúde define quem somos e o que fazemos, mas sobretudo como fazemos e para quê.

3.2.3.5. Reduzir as filas de espera

As listas de espera, seja nos CSP (à espera de Médico de Família) ou nos hospitais (à espera de consultas e cirurgias) constituem um dos principais obstáculos ao bom funcionamento dos actuais sistemas de saúde. Vários países têm vindo a ensaiar medidas no sentido de lhes dar respostas assentes em bases clinicamente mais sustentáveis e geradoras de menos desperdícios financeiros.

A diminuição da variabilidade da decisão médica, a criação de um sistema de prioridades constituído a partir de critérios explícitos e a fixação “*tempos de espera*”, referida pelo participante E1 estão entre as principais medidas com impacto não só no processo de gestão das listas de espera mas com efeitos positivos ao longo de todo o sistema de prestação de cuidados.

O participante E 3 também partilha da mesma opinião, que para reduzir as filas de espera é necessário a “*redução dos tempos de espera para atendimento*”.

No entanto, o participante E4 afirma que “*o cenário das filas de espera que nitidamente está a mudar*”, dado que a actual reforma dos CSP tem permitido a possibilidade dos cidadãos possuírem médico e família.

Ao nível hospitalar também foi dada à possibilidade ao utente de escolher um serviço de saúde privado no caso do tempo de espera ser superior ao fixado na legislação.

3.2.4. Contratualização

A contratualização foi introduzida no SNS em 1996/1997 com o Professor Salellarides, através da Agência de Contratualização em Lisboa, tendo em 1999 projectos contratuais com 99% dos hospitais e 64% dos centros de Saúde (Edições, 2008).

A contratualização ao nível dos CSP, nomeadamente com as USF, é algo fundamental, sendo um processo que exige responsabilidade no sentido de se alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência.

A contratualização é um processo de “*negociação objectivo e realista e não de uma mera imposição de metas desprovidas de qualquer sentido*” (Saúde Primários, 2007, p. 57).

Quadro 9 – Categoria de contratualização

	Carteira Básica de Serviços	Formação dos Profissionais	Unidades Funcionais
E1	1	1	1
E2	0	0	0
E3	1	0	0
E4	0	0	1
E5	1	0	1

Fonte: Nvivo9

Segundo os participantes deste estudo, a humanização poderá integrar os CSP através da contratualização com as unidades funcionais, definida na sua carteira básica de serviços e por outro lado, através da formação dos profissionais.

Pela análise do quadro, o participante E1 refere as três subcategorias, seguindo-se do E5 que engloba 2 subcategorias e depois E3 e E4 com uma referência numa das subcategorias.

É de salientar que o participante E 2 não respondeu a esta pergunta.

3.2.4.1. Carteira básica de serviços

A humanização nos CSP pode ser incluída na contratualização das unidades funcionais como refere o participante E5 através da *“inclusão nas carteiras adicionais, de consultas que respondem a necessidades específicas das populações, sessões de educação para a saúde....”*.

A carteira básica de serviços é aplicável para todas as USF do SNS, independentemente do seu grau de desenvolvimento organizacional e dos diversos enquadramentos jurídico institucionais que a cada USF possam ser atribuídos.

A carteira básica de serviços é um compromisso assistencial com as USF, sendo para todas em igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares – carteira adicional de serviços – contratualizados e revistos anualmente.

A carteira básica de serviços tem explicitado o que deverá ser obrigatoriamente contratualizado em termos de cuidados de medicina geral e familiar, cuidados de enfermagem e secretariado administrativo.

Por outro lado, dependendo das necessidades de saúde da população pode ser contratualizada uma carteira adicional de serviços como por exemplo a formação dos profissionais.

Desta forma, como refere o participante E1:

“Pode ser através dos indicadores, inquéritos de satisfação dos utentes e profissionais possibilidade de construir outro plano de acção” (E1).

A contratualização através da carteira básica de serviços assume segundo o participante E3 *“o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum”*.

3.2.4.2. Formação dos profissionais

Como refere o participante E1:

“Outra forma, era por exemplo a inclusão nos contratos-programa de verbas para a formação em áreas de humanização de todos os profissionais e lembrar que é preciso actualizar o conhecimento, até porque ninguém nasce ensinado (exemplo: como lidar com ciganos e outras etnias).”

3.2.4.3. Unidades Funcionais

Quando colocada a questão de que forma a humanização poderia integrar a contratualização foi respondido desta forma pelo participante E1 “*contratualização da unidade de saúde*” e pelo participante E5 “*a contratualização com as novas USF é um ponto fundamental*”.

De facto contratualizar a humanização “ *Poderia ser realizado ao nível das UCC, USF e USP (Unidade de Saúde Pública), visto que a informação deve ser feita nos serviços de saúde através das diferentes unidades funcionais que constituem os cuidados de saúde primários*”, refere o participante E4.

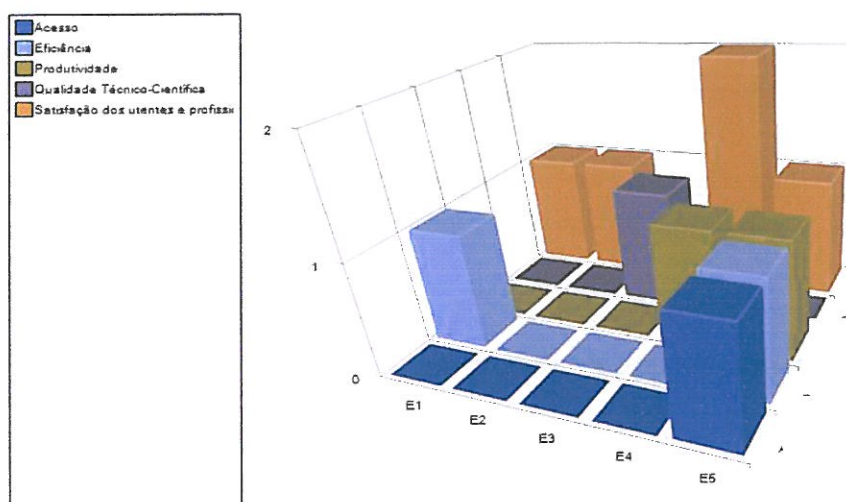
Os participantes E2 e E3 não responderam a esta subcategoria.

3.2.5 Indicadores

Os indicadores de saúde não são mais do que tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade, de modo a aproximar o Homem ao seu controlo, seja a nível da pessoa ou da população, com sentido de manter e melhorar a saúde da população.

O Dicionário de Epidemiologia define «indicador de saúde» como «uma variável que pode ser medida directamente e reflecte o estado de saúde das pessoas de uma comunidade».

Gráfico 4 – Categoria de Indicadores



Fonte: Nvivo9 – Matrix Coding Query

Pela análise do gráfico 4 é possível observar que todos os participantes responderam a questão de enumerar os indicadores que podem medir a política de humanização num CSP.

O indicador de satisfação dos utentes e profissionais foi referida por 4 participantes com excepção do E3, seguindo-se a qualidade técnica-científica (E3 e E5), bem como a eficiência citada pelos participantes E1 e E5.

O indicador de acesso foi referido pelo participante E5, aliás foi o participante que mais indicadores referiu.

3.2.5.1. Acesso

O participante E5 referiu que indicadores que avaliam o “Acesso”, ou seja, a taxa de global de consultas médicas, visitas domiciliárias médicas e de enfermagem, bem como, a % consulta pelo médico de família, avaliam a humanização nos CSP.

A área de acesso tem implicações ao nível da personalização dos cuidados, organização e utilização dos serviços.

Os restantes participantes não referiram esta área de indicadores.

3.2.5.2. Eficiência

Na área da eficiência, refere o participante E1 que “*São possíveis indicadores: tempos de espera para atendimento, tempos de espera em doentes com critérios de riscos (grávidas, crianças, ou utentes que têm prioridade no atendimento), tempo de espera para a consulta*”, bem como, o participante E5 “*Eficiência*”.

A eficiência em saúde é a medida que exprime a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

3.2.5.3. Produtividade

Os Indicadores de Desempenho e Produtividade (IDP) são medidas de factores críticos para a obtenção de sucesso, passíveis de serem utilizadas pelas organizações para avaliar a sua actividade.

O participante E5 referiu o “*Desempenho*” como a área de humanização na área de CSP, bem como o E4 “*os indicadores de domicílios pela sua incapacidade*”.

3.2.5.4. Qualidade Técnico-Científica

Segundo o participante E3 *“Os indicadores de qualidade são medidas específicas, elementos mensuráveis da prática sobre a qualidade de cuidados”*.

A qualidade técnico-científica actua na vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida; programas de vigilância oncológica/rastreios; vigilância clínica das situações de doença crónica, cuidados em situação de doença aguda e coordenação de cuidados.

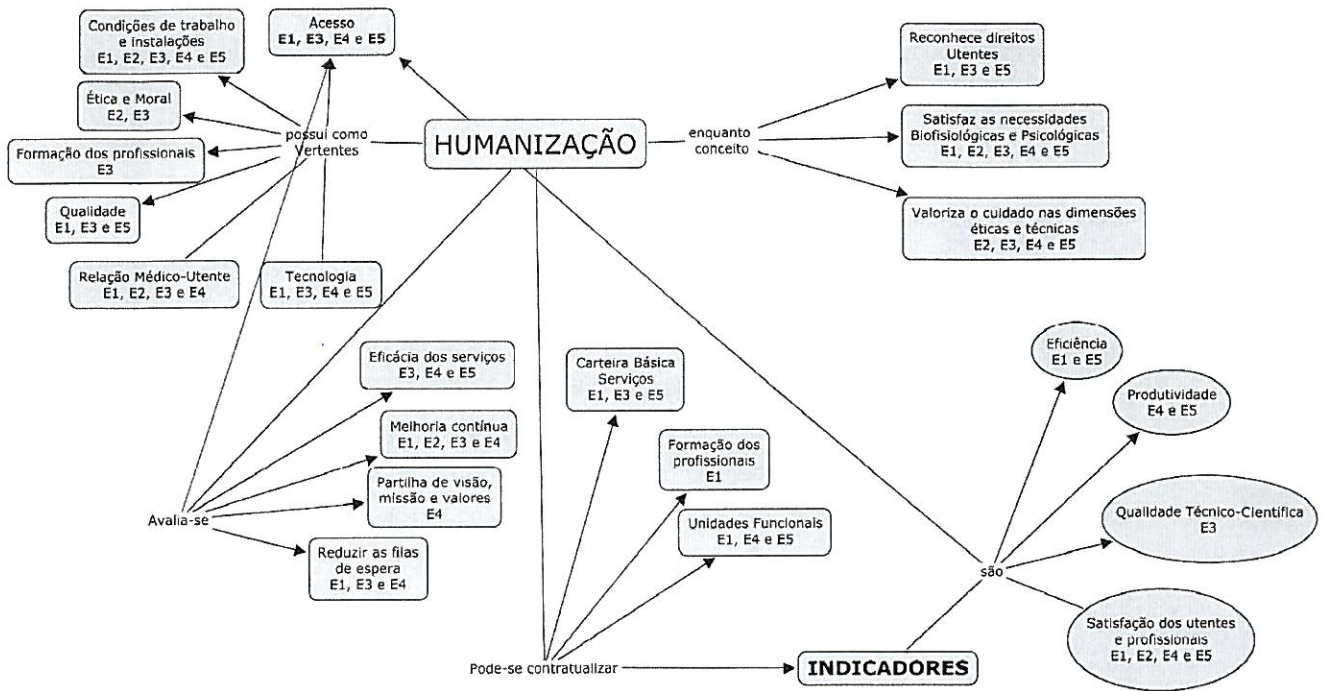
3.2.5.5. Satisfação dos utentes e profissionais

Para o participante E1 *“A humanização deve ser no sentido de incluir, sendo o grande indicador o inquérito de satisfação dos utentes e profissionais, e a partir daí construir uma política de humanização”*, assim como o participante E2 *“inquéritos de satisfação aos profissionais e utentes”*.

O mesmo refere os participantes E4 *“Por exemplo através dos inquéritos de satisfação”, nomeadamente “os indicadores que constam em dois ou três questões do inquérito de satisfação” (E4)* assim como o E5 *“satisfação dos utentes”*.

Em suma, a figura 1 pretende de forma esquemática ilustrar os resultados encontrados neste estudo.

Figura 1 – Figura representativa da Política de Humanização em Serviços de Saúde



Fonte: Elaborado pelo Autor

Importa referir que todos estes dados se referem exclusivamente aquilo que os profissionais de saúde entendem por “humanização em saúde”, apesar de não serem totalmente idênticas as definições internacionais exploradas neste estudo, por outro lado, os indicadores enumerados pelos participantes no estudo reforçam a tendência de serem indicadores quantitativos, em virtude de indicadores qualitativos, reflectindo questões como por exemplo a autonomia dos indivíduos, a diversidade de ideias e a liberdade de expressão, visando que todos tenham acesso ao que precisam, segundo as suas necessidades e ser dado a cada um as condições para desenvolver e exercitar as suas capacidades.

Por outro lado, o conceito de humanização e as suas vertentes são referidos pelos participantes no estudo de forma idêntica às definições internacionais presentes neste estudo.

No entanto, quanto à forma de avaliar a política de humanização em saúde, os participantes no estudo referiram aspectos práticos de como tornar os serviços de saúde humanizados, enquanto à revisão bibliográfica sugere que devam existir políticas de saúde humanizadas, construídas por equipas multiprofissionais, dando oportunidade a todos para contribuírem para a melhoria dos cuidados de saúde.

Relativamente à forma de como a humanização pode ser contratualizada, os profissionais de saúde foram ao encontro da revisão bibliográfica, referindo que essa contratualização deve ser efectuada ao nível das carteiras básicas de serviços das unidades funcionais, referindo que os indicadores já existentes, como a avaliação da satisfação dos utentes e profissionais, os indicadores que medem a produtividade e a eficácia de um serviço de saúde, medem de uma forma geral a humanização de um serviço de saúde.

Ao contrário, a revisão bibliográfica sugere que os indicadores que podem ser construídos para avaliar a política de humanização de um serviço de saúde são qualitativos, como por exemplo, nos cuidados intensivos do Egas Moniz, em Lisboa, há seis meses que mais de 100 doentes já receberam um acompanhamento diferente enquanto estão internados, em que os tratamentos são acompanhados por música ou filmes ao gosto dos doentes.

Por outro lado, refere Isabel Rio (entrevista 10 de Abril de 2010 à agência lusa) que “O que queremos é que o doente não perca as suas referências, os seus projectos”, através de fotografias da família, imagens de Cristo ou as músicas favoritas são um complemento aos tratamentos invasivos a que os doentes são sujeitos.

Outra das iniciativas do hospital Egas Moniz, é que o horário das visitas foi alargado em mais meia hora e a família é ainda bem-vinda no momento das refeições ou da higiene. Abrir as portas de uma unidade de cuidados intensivos pode ter ainda outra vantagem: diminuir o risco de erro nos profissionais. “Quando nos expomos há uma contenção de atitudes e uma maior atenção e cuidado. Isso significa que há seguramente uma diminuição do erro”, segundo indica Isabel Rio (2010).

Capítulo IV – Conclusões e Sugestões

Conclusões

Face ao estudo que realizamos, de carácter exploratório e descritivo, e aos objectivos a que nos propusemos, consideramos que os resultados evidenciados, merecem algumas reflexões e interpretações.

Neste capítulo expomos as principais conclusões do estudo realizado e fazemos algumas sugestões, neste momento de grande reforma dos CSP.

Existem vários estudos de investigação que fazem uma reflexão da humanização ligada aos cuidados de saúde, primários e hospitalares, mas este estudo é inovador, no sentido de procurar obter indicadores que possam medir a política de humanização nos CSP.

Relativamente ao conceito de humanização nos CSP, pode-se definir como o reconhecimento dos direitos aos utentes, satisfazendo as necessidades biofisiológicas e psicológicas e valorizando o cuidado nas dimensões éticas e técnicas. As definições relatadas pelos profissionais de saúde que participaram neste estudo são idênticas às definições encontradas na revisão bibliográfica.

No que respeita às vertentes de humanização, foi relatado pelos profissionais de saúde que o acesso aos cuidados de saúde é a vertente mais importante e também a que mais contribuiu para a presente reforma. As outras vertentes identificadas pelos participantes foram às condições de trabalho/instalações, ética, formação dos profissionais, qualidade dos serviços, relação médico-utente e a tecnologia. Também estas vertentes foram idênticas às identificadas na revisão bibliográfica.

Quanto à forma como a gestão pode avaliar a política de humanização nos CSP foram identificadas o acesso, a eficácia dos serviços, melhoria contínua, partilha da missão, visão, valores e redução das filas de espera, relatada pelos profissionais de saúde.

A inovação deste trabalho, consistiu em saber de que forma a humanização, na óptica da gestão poderia ser contratualizada com os CSP, tendo os profissionais de saúde referido que esta contratualização pode ser efectuada com as unidades funcionais, UCC, USF, UCSP, USP..., incluindo na carteira básica de serviços, nomeadamente através da formação dos profissionais de saúde.

No que respeita à identificação de indicadores que medisse a política de humanização nos CSP, os profissionais de saúde não divulgaram nenhuns indicadores "novos", mas referiram que os indicadores que actualmente são contratualizados com as unidades funcionais em diferentes áreas traduzem a humanização dos CSP.

Relativamente ao acesso, os indicadores como a percentagem de marcação de consultas, quer por iniciativa do médico, quer por iniciativa do utente, no tempo estabelecido, a percentagem de consultas agendadas que foram realizadas, a percentagem de consultas médicas e de enfermagem agendadas e não realizadas, por falta do utente, a taxa global e específicas de consultas, entre outros indicadores já referidos na revisão bibliográfica, segundo relatam os profissionais de saúde podem medir a humanização dos CSP, sendo uma das vertentes identificadas por eles anteriormente.

Por outro lado, os indicadores da área da eficiência referidos pelos participantes no estudo como os custos médios de medicamentos (CMM) e MCDT, de consulta médica e de enfermagem e percentagens de referência para consultas hospitalares e de urgência são outros indicadores que avaliam a humanização dos CSP, contrariando em larga medida o descrito na revisão bibliográfica.

Os indicadores que medem a produtividade dos CSP, como a utilização global média, o número médio de consultas nas diferentes idades e programas de CSP, traduzem de igual forma a percepção que os participantes no estudo possuem relativamente à humanização dos CSP.

Quanto à qualidade técnica-científica, os actuais indicadores como a percentagem de colpocitologia, de mamografias, rastreio colo-rectal efectuada, problemas como a hipertensão arterial, a diabetes, tabagismo, alcoolismo e IMC (índice de massa corporal), segundo os profissionais de saúde são preocupações que espelham a humanização nos CSP.

Por outro lado, e os indicadores referidos por todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo foram sobre a satisfação dos utentes/profissionais, sendo os indicadores mais “fáceis” e directos de medir, no sentido, que se os utentes estão satisfeitos, se as suas necessidades são satisfeitas, então é porque o serviço de CSP é humanizado.

No entanto, a literatura também refere existirem indicadores para medir a disponibilidade e a efectividade de um serviço de saúde que os participantes não referiram.

Assim, os indicadores que medem a disponibilidade tais como; utentes inscritos na unidade de saúde e a média de inscritos por médicos e enfermeiros pensamos ser também uma forma de medir a humanização num serviço de saúde, por poder planear as diversas actividades dirigidas aos utentes.

Também os indicadores que medem a efectividade de um serviço de saúde, como a percentagem de vacinados por cortes, a percentagem dos utentes vigiados nos variados programas, são do meu ponto de vista indicadores que também possam mediar a política de humanização da unidade de saúde.

Porém, aquilo que os participantes no estudo entendem como “humanização na saúde” não é totalmente coerente com as definições internacionais e parecem reforçar a tendência em produzir indicadores quantitativos de produção, reduzindo o espaço para indicadores qualitativos, como por exemplo: monitorizar autonomia dos indivíduos, a diversidade de ideias, a liberdade de expressão, visando que todos tenham acesso ao que precisam, segundo as suas necessidades e ser dado a cada um as condições para desenvolverem e exercitar as suas capacidades.

Podemos concluir que, segundo a visão dos profissionais de saúde que participaram neste estudo, a humanização dos CSP pode ver avaliada através de indicadores quantitativos já incluídos nas actuais carteiras básicas de serviço das unidades funcionais.

No entanto, segundo a revisão bibliográfica a humanização dos CSP pode também ser medida através de indicadores qualitativos.

Sugestões para estudos futuros

A humanização nos serviços de saúde é um direito dos utentes, previsto em legislação, mas também deve ser uma preocupação da gestão de um serviço, no sentido de que se o serviço for humanizado, o sucesso e a satisfação dos utilizadores/utentes será mais elevado.

Para tal, penso que é importante fazer estudos comparativos no que concerne à humanização dos CSP, nomeadamente noutra área geográfica e espaçados no tempo.

Outro ponto que penso ser importante, podendo fornecer mais informações, é aumentar o número de participantes nesta área geográfica, e também na restante área geográfica de Portugal Continental, para se obter uma informação mais abrangente da situação nacional.

Também importante, seria aplicar este estudo aos utentes dos CSP, fomentando outros pontos de vista e conclusões.

Todas estas sugestões são contributos para a actual reforma dos CSP, que podem ser introduzidas e adoptadas pela gestão, bem como, para futuros trabalhos.

Referências Bibliográficas

Afonso, P. B. (2010). Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 59-64.

Almeida, D. V., Chaves, E. C., & Brito, J. H. (Julho de 2009). Humanização dos Cuidados de Saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência II* , pp. 89-96.

Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdmann, A. L. (Janeiro-Fevereiro de 2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*.

Barbosa, A. F. (2008). *Governo Eletrónico: Dimensões da Avaliação de Desempenho na Perspectiva do Cidadão*. São Paulo.

Barros, R. D., & Pereira, E. H. (2006). *Verbete Humanização*. Rio de Janeiro, Brasil.

Brasil. (2004). *Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasil: Brasília.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Popyright 2006, Padrões Culturais Editora.

Costa, C., Rocha, G., & Acúrcio, M. (2004). *A Entrevista*. Lisboa.

Coutinho, C. P. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: uma Abordagem Temática e Metodológica a Publicações Científicas*.

Deponti, C. M., Eckert, C., & Azambuja, J. L. (Outubro/Dezembro de 2002). Estratégia para a construção de indicadores para avaliação da sustentabilidade e monitoramento de sistemas. *Agroecol. e Desenvol. Rur. Sustent.* , pp. 44-52.

Deslandes, S. F. (2005). A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* , pp. 615-626.

Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* , pp. 7-14.

Edições, S. P. (Abril de 2008). *Semana Médica*.

ENSP, E. d. (2009). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: Horizonte 2015/20 - Fase 1 - Estrutura do Projecto de Investigação*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Escoval, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2009a). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Escoval, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2009b). *Fase 4: O processo de contratualização de Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Estudo de Caso*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Escoval, A., Ribeiro, R. S., & Matos, T. T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 41-57.

Faquinello, P., Harumi, I. H., & Marcon, S. S. (outubro-dezembro de 2007). O Atendimento Humanizado Em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto&Contexto Enfermagem* . Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.

Fernandes, D. R. (Janeiro/Junho de 2004). Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. *Revista da FAE* , pp. 1-18.

Ferreira, J. (Setembro-Dezembro de 2005). O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade* , pp. 111-118.

Filho, S. B., & Figueiredo, V. d. (2009). Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface - Comunicação Saúde Educação* .

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor-Projectos e Edições, Lda.

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Goulart, B. N., & Chiari, B. M. (2010). Humanização das Práticas do Profissional de Saúde - Contribuições para reflexão. *Temas Livres* , pp. 255-268.

Machado, M. d. (Dezembro de 2007). Avaliação de Indicadores 2001-2006. Lisboa, Portugal.

Malette, C. (2000). *Bioestatística e saúde pública*. Belo Horizonte: Editora Independente.

Marques, P. D. (s.d.). Bons indicadores de saúde. População satisfeita? Porto.

Martins, M. C. (s.d.). *Portal Humaniza*. Obtido em 14 de Dezembro de 2010, de www.portalhumaniza.org.br

Martins, M. (2001). Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mello, S. B. (Julho-Dezembro de 2006). A Humanização Sob o Ponto de Vista do Gestor de Saúde. *Boletim da Saúde* , pp. 167-171.

Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Moraes, I. (1994). *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec.

Morin, E. (2002). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez.

Mota, R. A., Martins, C. G., & Verás, R. M. (Maio/Agosto de 2008). Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em Estudo* , pp. 323-330.

mscp. (Maio de 2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Os Primeiros 18 Meses. Missão para os Cuidados de Saúde Primários* . Lisboa.

Nogueira, J. (25 de Dezembro de 2010). *Jornal Médico de Família*.

Oliveira, A., Marques, C. B., Mauritti, M. M., & Reis, T. (2008). *USF Objectivo: 100*. Lisboa: VFBM Comunicação, Lda.

Oliveira, B. R., Collet, N., & Vieira, C. S. (Março/Abril de 2006). A Humanização na Assistência à Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , pp. 277-84.

OPAS. (2002). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Barsil: Brasília.

Pisco, L. (Abril de 2010). A Reforma Vai Prosseguir. (G. Afonso, Entrevistador)

PNS 2011-16, G. T. (2011). 1ª Parte - Estratégias para a Saúde.

Portugal. (2006). *Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar*. Lisboa.

Portugal. (2007a). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Portugal. (2007b). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Plano Estratégico*. Lisboa: VFBM Comunicação, Lda.

Prat, F. (2008). XIII Jornadas Nacionales de Humanizacion de La Salud Salud Y Familia. Tres Cantos.

- Primários, M. C. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa.
- Pública, E. d. (2009). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20*. Lisboa.
- Ribas, M. J. (25 de Dezembro de 2010). PAPS apoia profissionais de saúde. (A. Oliviera, Entrevistador)
- Rios, I. C. (2009a). *Caminhos da Humanização na Saúde*. Áurea Editora.
- Rios, I. C. (Abril/Junho de 2009b). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* , pp. 253-261.
- S.João, H. (2008). *Livro Branco da Humanização*. Porto: Rainho & Neves Lda.
- Santos, E. S., Mendonça, E. M., & Oliveira, G. N. (2008). *Atendimento Hospitalar: Qualidade e Satisfação como Forma de Medir e Avaliar a Humanização da Assistência em Saúde*.
- Santos-Filho, S. B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Temas Livres* , 999-1010.
- Saúde Primários, M. p. (2010). *Indicadores de desempenho da unidade de cuidados na comunidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde Primários, M. p. (Maio de 2007). *Os Primeiros 18 Meses. mcsp* . Lisboa: VFBM Comunicação Lda.
- Saúde, M. d. (2006a). *Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares para 2007*. Lisboa.
- Saúde, M. d. (2006b). *Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar*. Lisboa.
- Saúde, M. d. (2010). *Metodologia de Contratualização*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde, M. d. (Junho de 2009). *missão cuidados de saúde primários*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Saúde, M. d. (2004). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Saúde, M. d. (2004a). *Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasil: Brasília.
- Saúde, M. (2004b). *Relatório Final da Oficina HumanizaSUS*. Brasil: Brasília.

Silva, M. J. *O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde*. São Paulo.

Silva, P. d. (2006). *Gestão humanizada no sector público: um estudo de caso no Instituto Anísio Teixeira (IAT)*. Feira de Santana.

Simões, A. L., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M., & Rodrigues, L. R. (Julho-Setembro de 2007). Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 439-444.

Souza, L. A., & Mendes, V. L. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Comunicação Saúde Educação*, pp. 681-689.

Teixeira, C. (s.d.). *Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde*. Évora, Portugal.

Teixeira, M. Z. (2009). Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 454-463.

Vieira, J., Lopes, J. A., Basile, M., & Martins, M. (2003). Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira Educação Médica*. São Paulo.

Viterbo, (s.d.). R. *Humanização dos Serviços de Saúde: Como Avaliar?* Porto.

Anexos

Anexo I - Guião da Entrevista



INSTITUTO
POLITÉCNICO DO PORTO
Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

ESCOLA SUPERIOR DE TÉCNOLOGIA DA SAÚDE DO PORTO

Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão em Unidades de Saúde

Dissertação de Mestrado

Política de humanização em serviços de saúde – contributos para a definição de indicadores

Pretende-se analisar a percepção dos profissionais de saúde quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento dos utentes de um serviço de saúde, tendo como objectivo a construção de indicadores que possam medir a política de humanização, que poderão posteriormente ser aplicados no âmbito da contratualização dos cuidados de saúde primários.

Nome:

Idade:

Profissão:

Habilitações Académicas:

Função que desempenha:

Local de Trabalho:

Contacto:

Data:

1 – Diga o que entende por Humanização, enquanto conceito, num serviço de saúde nos cuidados de saúde primários.

2 – No seu entender, quais as diferentes vertentes de humanização aplicadas nos cuidados de saúde primários.

3 – Numa perspectiva de gestão, quais os critérios de avaliação da política de humanização nos cuidados de saúde primários.

4 – De que forma a política de humanização poderá integrar a contratualização com os cuidados de saúde primários.

5 – Enumere os possíveis indicadores que podem fazer parte da contratualização.

Anexo II – Nodes e Tree Nodes

Node Summary

Humanização

01-02-2011 10:47:16

Source Type	Number of Sources	Number of Coding References	Number of Words Coded	Number of Paragraphs Coded	Duration Coded	Proportion Coded
-------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------	------------------

Node

Nodes\\Humanização CSP\\Avaliação\\Acesso

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 2 2 29 2 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Avaliação\\Eficácia dos serviços

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 3 77 3 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Avaliação\\Melhoria contínua

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 4 4 71 5 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Avaliação\\Partilha da visão, missão e valores

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 1 2 47 2 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Avaliação\\Reduzir as filas de espera

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 3 23 3 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Conceito\\Reconhece direitos utentes

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 3 38 3 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Conceito\\Satisfaz as necessidades Biofisiológicas e Psicológicas

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 5 6 133 7 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Conceito\\Valoriza o cuidado nas dimensões éticas e técnicas

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 4 6 195 7 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Contratualização\\Carteira básica de serviços

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 3 49 3 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Contratualização\\Formação dos profissionais

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 1 1 44 1 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Contratualização\\Unidades funcionais

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 3 52 3 0 0

Node Summary

Page 2 of 3

Source Type	Number of Sources	Number of Coding References	Number of Words Coded	Number of Paragraphs Coded	Duration Coded	Proportion Coded
-------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------	------------------

Nodes\\Humanização CSP\\Indicadores\\Acesso

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 1 1 1 1 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Indicadores\\Eficiência

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 2 2 33 2 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Indicadores\\Produtividade

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 2 2 8 2 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Indicadores\\Qualidade Técnico-Científica

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 1 1 16 1 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Indicadores\\Satisfação dos utentes e profissionais

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 4 5 59 6 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Acesso

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 4 7 93 7 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Condições de trabalho e instalações

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 5 6 116 8 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Ética

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 2 3 54 6 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Formação dos profissionais

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 1 1 20 1 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Qualidade

Nickname: — Category: — Aggregated: No
 Document 3 4 67 4 0 0

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Relação médico-utente

Nickname: — Category: — Aggregated: No

Document	4	4	122	6	0	0
----------	---	---	-----	---	---	---

01-02-2011 10:47:16

Node Summary

Page 3 of 3

Source Type	Number of Sources	Number of Coding References	Number of Words Coded	Number of Paragraphs Coded	Duration Coded	Proportion Coded
-------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------	------------------

Nodes\\Humanização CSP\\Vertentes\\Tecnologia

Nickname: —

Category: —

Aggregated: No

Document	4	5	74	5	0	0
----------	---	---	----	---	---	---

Node Summary Report

01-02-2011 10:47:16