

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

**DANIELA CARVALHO DA SILVA
KARINA ZUCHI**

**A GESTÃO NO AUXÍLIO DA HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOINVILLE, 2016

**DANIELA CARVALHO DA SILVA
KARINA ZUCHI**

**A GESTÃO NO AUXÍLIO DA HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

JOINVILLE, 2016

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

**DANIELA CARVALHO DA SILVA
KARINA ZUCHI**

**A GESTÃO NO AUXÍLIO DA HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

**Submetido ao Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia de
Santa Catarina como parte dos
requisitos de obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Jaqueline Vicentin Patel
Gabardo.
Co-orientador: Francis Renata Pimentel
Gonçalves**

JOINVILLE, 2016

A GESTÃO NO AUXÍLIO DA HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**DANIELA CARVALHO DA SILVA
KARINA ZUCHI**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 17 de Fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.^a Jaqueline Vicentin Patel Gabardo

Graduada em Enfermagem

**Pós graduanda em Formação Pedagógica para docência na educação
profissional e tecnológica
Orientadora e Avaliadora**

Prof.^a Francis Renata Pimentel Gonçalves

Graduada em Tecnologia em Gestão Hospitalar

**Pós graduanda em Formação Pedagógica para docência na educação
profissional e tecnológica
Co-orientadora e Avaliadora**

Prof. Marcio Tadeu da Costa

**Graduado em Administração de Empresas
Especialista em Ensino Superior**

AGRADECIMENTOS

Em gratidão plena a Deus, por ter nos concedido forças, coragem, discernimento e aptidão para superar todos os desafios impostos ao longo desses três anos.

A todos da nossa família que acreditaram em nós.

Aos nossos amigos os que já tínhamos e os que conquistamos, agradecemos pelo apoio, pelas amizades sinceras e pela força nas horas difíceis.

Aos professores que foram peças fundamentais para que tudo isso acontecesse com êxito.

“A confiança em si mesmo é o primeiro segredo do sucesso”
Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Desde 2003 o governo brasileiro em especial o Ministério da Saúde apostam na humanização através da Política Nacional de Humanização – PNH que visa as práticas de gestão e de atenção à saúde (PASCHE, 2005). O objetivo deste trabalho é analisar a unidade básica de saúde alvo do estudo com base na PNH e propondo modificações para promoção da humanização com auxílio das ferramentas gerenciais. Utilizando como metodologia a pesquisa descritiva exploratória motivada a partir do estágio das acadêmicas do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar em uma UBS da região de Joinville. Após analisar os desafios e dificuldades enfrentadas no processo de acolhimento e atendimento dos usuários, do Sistema Único de Saúde, a pesquisa demonstrou a necessidade de melhorias na recepção e seus processos de trabalho, possibilitando maior compreensão do significado de humanização e a importância do acolhimento. As propostas sugeridas servirão como instrumento de melhoria para o atendimento.

Palavras-chave: Humanização. Acolhimento. Política nacional de humanização.

ABSTRACT

Since 2003, the Brazilian government especially the Ministry of Health are committed to humanization through the National Humanization Policy - PNH what seen as Practice Management and Health Care (PASCHE, 2005). The objective this work and analyze a Basic Health Unit based study target with the HNP and proposing amendments paragraph Promoting the humanization of Assisted Management Tools. How using exploratory descriptive research methodology motivated the Starting Stage of Academic Higher Technology Course in Hospital Management on a UBS Joinville Region. After analyzing OS faced challenges and difficulties in the process of reception and care of members, the Unified Health System Research demonstrated the need for improvements in the reception and its work processes, enabling Greater Understanding of humanization meaning and importance of the 'host '. As suggested PROPOSALS serve as improvement tool for the service.

Keywords: Humanization. Home. National humanization policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

GUT – Gravidade, Urgência e Tendência.

MS – Ministério da Saúde

PDCA – Plan, Do, Check e Action

PNH – Política Nacional de Humanização

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa.....	18
1.2	Problema de pesquisa	19
1.3	Objetivo geral	19
1.4	Objetivos específicos	19
2	DESENVOLVIMENTO	20
2.1	Revisão da literatura	20
2.1.1	Humanização	20
2.1.2	Política nacional de humanização	21
2.1.3	Relação entre profissionais e pacientes	23
2.1.4	Acolhimento.....	24
2.1.5	Ferramentas gerenciais	25
2.1.6	Ciclo PDCA	25
2.1.7	Brainstorming	26
2.1.8	GUT - Gravidade, Urgência e Tendência	26
2.1.9	Ishikawa	27
2.1.10	5 Porquês	28
2.1.11	Definição do Plano de ação	28
2.1.12	Humanização na UBS do estudo.....	28
2.1.13	Ferramentas gerenciais em prol da Humanização.....	30
2.1.14	Identificação do problema.....	31
2.1.15	Observação	31
2.1.16	Análise.....	32
2.1.17	Plano de ação	34
2.1.18	Aplicação do plano de ação	36
2.1.19	Verificar atingimento de meta	36
2.1.20	Ação corretiva no insucesso	36
2.1.21	Padronização e treinamento no sucesso.....	37
2.2	Metodologia.....	37
3	CONCLUSÕES	41
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO	49
	ANEXO A – Autorização para a pesquisa	51

1 INTRODUÇÃO

Com a criação da constituição federal, na década de 80, que atribuiu ao estado o dever de garantir saúde a toda a população, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela lei orgânica da saúde 8080/90 que preconiza a equidade, a universalidade e a integralidade como princípios que devem estar incorporados as práticas em ambientes de saúde (BRASIL, 2006).

A equidade garante a igualdade da atenção à saúde sem restrições e preconceito, a saúde pública deve disponibilizar os serviços através das necessidades de cada usuário (BRASIL, 2006). Na Universalidade institui o atendimento dimensional de todos os brasileiros e estrangeiros que permanecem na federação. Deve-se prestar atendimento em ambientes grandes e pequenos, urbanos e rurais, indígenas, prisionais inclusive populações mais isoladas (BRASILIA, 2006). A integralidade é essencial para o sistema único, pois garantem as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ao usuário, com acesso a todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

Desde sua criação, o SUS vivencia um constante processo de evolução, porem para que o mesmo ocorra são vivenciados desafios que precisam ser enfrentados e superados (BRASIL, 2011).

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p.3).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em resposta às experiências vivenciadas pelos usuários do SUS, que referiam descontentamento com o atendimento oferecido em instituições de saúde (BRASÍLIA, 2010). Criada no ano de 2003 a PNH tem como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde na rotina das práticas de atenção e de gestão, promovendo trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção e promoção de saúde (BRASIL, 2011).

Mesmo existindo a necessidade da implantação de rotinas voltadas a humanização no SUS identificou a dificuldade em consolidar essa práxis. Após a realização do estágio do curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar em uma unidade básica de saúde, do município de Joinville, detectamos a necessidade de um estudo para analisar a implantação da política de humanização, realizar o levantamento de pontos críticos, e sugerir um modelo de melhoria através da aplicação de instrumentos gerenciais em pró da humanização.

Para que a temática “Humanização” seja compreendida e incorporada aos serviços de saúde devemos desenvolver pesquisas constantes que estimulem reflexões auxiliando os profissionais, principalmente gestores, na manutenção desses valores e modificação dos processos de trabalho.

1.1 Justificativa

Administrar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é um desafio para o gestor, em meio aos tramites burocráticos e de ordem funcional a humanização por vez é negligenciada. As atribuições do gestor se tornam ainda mais laboriosa quando trabalhamos com saúde e o propósito da implantação de rotinas e protocolos técnicos que contemplem a humanização.

Segundo Rios (2009), a humanização é fundamental para um melhor entendimento dos problemas e para a busca de sua solução. Participação, responsabilidade e atitude solidária são valores que compartilham a humanização.

Estruturar um serviço de acordo com os princípios da PNH é uma tarefa desafiadora e constante. Esses conceitos não devem ser compreendidos apenas na assistência, onde é visualizado com mais facilidade; ele deve ser identificado desde a localização do serviço, a disposição dos mobiliários, o acolhimento, enfim deve permear tudo que envolve os gestores, trabalhadores e usuários. Para a implantação e posterior consolidação dessa perspectiva em um serviço de saúde devemos ter amplo conhecimento da política, principalmente as diretrizes do Humaniza SUS que juntamente com os conhecimentos técnico-científicos adquiridos com o curso superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar servirão de base para

proposição do aperfeiçoamento do processo de trabalho do gestor de uma UBS.

1.2 Problema de pesquisa

Como os conhecimentos teórico-científicos da administração podem ser aplicados visando à implantação e preservação da Política de Humanização do SUS?

1.3 Objetivo geral

Analisar as ações do gestor da UBS destinadas à humanização no atendimento ao usuário de acordo com a Política do Humaniza SUS.

1.4 Objetivos específicos

- Identificar quais princípios da humanização segundo o Humaniza SUS estão presentes na unidade de estudo.
- Propor ações de promoção da humanização através da aplicação de ferramentas gerenciais. Coletar e analisar dados do balanço patrimonial,

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Revisão da literatura

2.1.1 Humanização

Humanizar é sustentar a dignidade e seus princípios de equidade, universalidade e integralidade. Ou seja, para que as dificuldades do ser humano e as percepções de dor sejam respeitadas, é preciso que as palavras expressadas sejam reconhecidas pelo outro. É importante, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de seu entendimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas por meios pessoais de comunicação com o próximo. Sem comunicação, não há humanização.

A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Segundo Deslandes (2006), a humanização tem sido associada a diferentes e complexas categorias relativas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência e gestão participativa envolvida no processo de atenção.

A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Não podemos esquecer que uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto das instituições de saúde. O contexto macro influi de modo contundente no condicionamento e na determinação da cultura, nos relacionamentos no contexto micro das instituições prestadoras de serviço na área da saúde. Estas são um espelho fiel e cruel do que de mais nobre, lindo, heroico e fantástico a sociedade produz, bem como do que nela existe de mais degradante e aviltante em relação ao ser humano. (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p.1,2)

As formas de valorização social são manifestadas através de comportamentos positivos de forma a não tratar as pessoas como

se tivessem menor valor, favorecendo cuidados abaixo do padrão. (DESLANDES, 2006, p.40)

Para Brasil (2011), humanizar é valorizar as práticas de atenção e de gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos e deveres do cidadão, apontando o respeito às questões de gêneros, raça, cultura e orientação sexual. É garantir o acesso às informações á tudo o que envolve a saúde.

2.1.2 Política nacional de humanização

No ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) decidiu fazer uma aposta na humanização, criando a Política Nacional de Humanização para as práticas de gestão e de atenção à saúde, tanto nos modos de gerir como nos modos de cuidar. (PASCHE, 2005).

Segundo Brasil (2010), entende-se por princípios da PNH o que causa uma ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas:

Transversalidade

- Aumento de comunicação entre todos os grupos;
- Modificação das relações interpessoais e da comunicação no ambiente de produção de saúde, quebrando as barreiras de poder no ambiente de trabalho (BRASIL, 2010).

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Distância entre clínicas e políticas, entre produção de saúde;
- Integralidade do cuidado dos processos de trabalho;
- Alteração dos modos de cuidar, dos modos de gerir e se apropriar do trabalho (BRASIL, 2010).

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- As mudanças na gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas na autonomia dos envolvidos, onde há troca de responsabilidades compartilhadas nos processos de cuidar e gerir (BRASIL, 2010).

Brasil (2010) define “diretrizes” como orientações gerais de determinada política, a PNH tem as seguintes diretrizes:

- Clínica Ampliada;

- Cogestão;
- Acolhimento;
- Valorização do trabalho e trabalhador;
- Defesa dos Direitos do Usuário;
- Fomento das grupalidades, coletivos e redes;
- Construção da memória do SUS que dá certo.

No Brasil existem alguns programas voltados para a humanização em saúde. A PNH vem favorecendo a recuperação da comunicação entre os profissionais da saúde e o usuário, incluindo a família, diante do momento de fragilidade emocional do paciente. (PESSINI, BERTACHINI, 2004).

A proposta da PNH coincide com os princípios do SUS, destacando a necessidade de proporcionar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania, favorecendo a mensuração da humanização no atendimento em saúde. (SANTOS, 2006).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. (SANTOS, 2006, p.2)

Segundo Pessini e Bertachini (2004) pesquisas do MS junto com os usuários do SUS referem que a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não vêm sendo acompanhados de um atendimento humanizado. Por esta razão, o MS objetiva por meio dessa política estabelecer condições de melhoria do contato pessoal entre pacientes, para que sejam atendidos de forma humana e solidária.

Conforme Giordani (2008), o atendimento de qualidade deveria ser a missão de toda organização de saúde, sendo que no Brasil a saúde é dever do estado e direito do cidadão.

Quando a qualidade do contato humano não evolui na mesma proporção do conhecimento científico e da aplicação das técnicas dos serviços de saúde, surge a necessidade de falar sobre humanização. Em muitos ambientes de saúde, o diagnóstico e os

procedimentos de tratamento, assim como a autoridade do médico e de alguns profissionais da área, dispensam qualquer iniciativa para melhorar o contato interpessoal, o conforto e qualidade de vida do paciente (BALLONE, 2008).

Mais do que medida, a humanização precisa ser sentida e percebida, tanto pelos pacientes/familiares como pela equipe multiprofissional, compreendendo que a humanização não pode ser vista como uma técnica, mas como uma atitude positiva no processo vivenciado (PESSINI, BERTACHINI, 2004).

2.1.3 Relação entre profissionais e pacientes

No contexto da saúde a existência de um profissional com habilidades humanas e conhecimentos científicos, torna um atendimento digno e solidário. Ser emotivo pela situação do próximo, criando um vínculo de relação comunicativa. Não podemos ocultar que em toda relação profissional, construída na confiança; transmite segurança, competência e responsabilidade ética. (PESSINI, BERTACHINI, 2004).

Conforme Oliveira; Collet; e Vieira (2006), toda instituição pública é uma organização destinada a atender a comunidade, embora nem sempre isso aconteça da forma desejada. Sobrecarregados por grandes demandas, carências de recursos materiais e atuando, muitas vezes, em situações de limite; comumente as instituições de saúde voltam seu planejamento em pró da resolução dos problemas internos, tornando-as insensíveis as questões da comunidade da qual fazem parte e para a qual atuam.

Pessini, Bertachini (2004) relatam que o distanciamento entre profissional e o paciente pode ser o ponto inicial que desencadeia a desumanização do cuidado. Além disso, é importante repensar a flexibilidade do profissional na utilização das normas, rotinas e rever os protocolos rígidos utilizados no ambiente de saúde. O que se propõe é a conciliação do conhecimento técnico-científico com a responsabilidade, sensibilidade, ética e a solidariedade.

O contato interpessoal e direto com o outro coloca o profissional perante a sua própria vida, saúde ou doença, seus próprios conflitos e suas frustrações. Porém se o colaborador não for prudente corre o risco de desencadear mecanismos que podem

prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. Os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, as apreensões resultantes de várias fontes: contato frequente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais; constante preocupação em não cometer erros além do contato com pacientes difíceis (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA; 2006).

Segundo Baradel (2004), os profissionais de saúde, por sua vez, devem atender às necessidades dos pacientes e as cobranças da instituição; precisam ter habilidades e qualidade em seus atendimentos dando suporte às necessidades de seus pacientes.

2.1.4 Acolhimento

Segundo Castro e Medeiros (2006), como mecanismo único para a aplicação de conceitos e de atenção nas demandas e necessidades da população que estão relacionadas à humanização, o acolhimento aponta como uma tecnologia intelectual para a prática em saúde, ofertando um conhecimento de novas possibilidades de idealização dos processos de trabalho nas unidades de saúde.

O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e sua efetivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis que se adéquam e concorram para a resolução dos problemas dos usuários (BARBOSA; BRITO; COSTA; 2007).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas. São estabelecidos como a recepção do usuário no serviço de saúde, responsabilidade dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de queixas e angústias, a colocação de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a junção com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

Nos serviços de saúde o acolhimento tem a característica de facilitação do acesso e da capacidade de desenvolver diálogos com os usuários, favorecendo a ligação entre as necessidades de cada e as ações para cumprir. (CASTRO; MEDEIROS; 2006).

Segundo Garuzi et al, (2014) o acolhimento é apontado como uma ferramenta capaz de favorecer uma ligação entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização do tratamento proposto. Fortalece o trabalho multiprofissional e entre os setores internos, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito.

2.1.5 Ferramentas gerenciais

Qualidade é um conceito dinâmico que quando implantado na empresa requer um modelo de gerenciamento que não teme mudanças, pois trabalha com a melhoria contínua dos processos de trabalho que influenciam diretamente o desempenho da instituição. Por se tratar de um termo de conhecimento público todos facilmente compreendem a importância da qualidade. (PALADINI; 2000).

Para Ansuj, Zenckner e Godoy (2005), qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes através dos seus elementos tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é identificada pelo cliente pelo que é visto e sentido, como a aparência física do ambiente de trabalho. Os componentes intangíveis são as gentilezas e afeições da equipe, entre outros aspectos que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional entre os clientes e usuários.

A gestão da qualidade está vinculada as suas ferramentas básicas usadas na melhoria, controle e planejamento de uma instituição. Essas ferramentas fazem com que as pessoas envolvidas vejam e compreendam a razão dos problemas para solucioná-los. (CESAR; 2011).

Nesse contexto destacam-se algumas ferramentas básicas utilizadas em processos gerenciais: Ciclo PDCA, *Brainstorming*, GUT, Ishikawa e 5 porquês.

2.1.6 Ciclo PDCA

O americano e professor universitário William Edwards Deming, foi o grande responsável pela recuperação da economia

japonesa após a Segunda Guerra Mundial que popularizou o ciclo PDCA no século XX. (LUCINDA, 2010)

Segundo Nascimento I.J. et al (2006), gerenciar o processo da qualidade implica em utilizar uma técnica básica, o ciclo PDCA, que deriva das siglas das palavras inglesas *Plan* (planejar), *Do* (executar), *Check* (verificar) e *Action* (agir ou tomar ações corretivas).

Conforme Garvin (2002), esse método gerencial são divididos em quatro passos:

- *Plan*: estabelecer missão, visão, objetivos e metas necessárias para atingir os resultados desejados.
- *Do*: realizar, executar as atividades programadas.
- *Check*: monitorar e avaliar periodicamente os resultados.
- *Action*: Agir de acordo com os relatórios, determinar e confeccionar novos planos de ação, de forma a melhorar a qualidade, aprimorando a execução e corrigindo as falhas.

O Ciclo PDCA auxilia as empresas para solucionar os problemas de uma forma organizada. Ele se torna muito eficaz e pode ser usado em qualquer processo, de forma a simplificar a visualização das medidas a serem adotadas (SEBRAE, 2014). Para a aplicação desse instrumento é passível a utilização de outras ferramentas da qualidade.

2.1.7 Brainstorming

Podendo ser aplicado em ampla gama de situações o brainstorming é uma técnica de conversação com a finalidade de resolver problemas específicos. Em 1939 o método foi popularizado pelo publicitário e escritor Alex Faickney Osborn, que no Brasil o termo também é conhecido como Tempestade de ideias. (SELEME; STADLER, 2008).

Para Brito (2006), a tempestade de ideias consiste em estimular e coletar ideias dos participantes de uma reunião, sem se preocupar com críticas, até as ideias e sugestões se esgotarem.

2.1.8 GUT - Gravidade, Urgência e Tendência

Criada por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe em 1981 como uma forma de tratar problemas para priorizar os objetivos. Essa ferramenta auxilia para definir prioridade nas tarefas quando há várias atividades a serem executadas. A matriz GUT considera Gravidade, Urgência e Tendência de cada problema. (BALMOTTE, 2012).

Segundo Baggio e Lampert (2010) a técnica de GUT foi desenvolvida com o objetivo de orientar decisões mais complexas, ou seja, aquelas que envolvem várias questões para resolver, classificando-as para ordem de qual será resolvida primeiro.

Para colocar essa ferramenta em prática é necessário identificar os problemas que tem causa própria. Elaborar uma tabela que auxilie na avaliação dos problemas de acordo com a gravidade, urgência e tendência. Por último gerar o produto da multiplicação dos fatores avaliados (BAGGIO e LAMPERT, 2010).

Para Sotille (2014), o objetivo é desta ferramenta é priorizar as ações, permitindo escolher a tomada de decisão menos prejudicial para a organização.

Gravidade: complexidade dos danos que o problema pode causar. Urgência: O período que pode ser aguardado para resolução do problema. Tendência: potencial de crescimento do problema (SOTILLE, 2014).

2.1.9 Ishikawa

Em 1962 o professor Kaoru Ishikawa introduziu o conceito diagrama de Ishikawa também conhecido como espinha de peixe destacou-se como uma ferramenta poderosa para analisar e resolver problemas nas organizações. (LUCINDA, 2010).

Conforme Valle, 2013 a nomenclatura de espinha de peixe é devida a forma similar com uma espinha de peixe. As causas ou fatores são representados como setas que segue até o problema a ser estudado onde fica a cabeça do peixe e nas laterais são listados os motivos pelos quais os problemas citados ocorrem, todos interligando com o foco no único problema.

2.1.10 5 Porquês

Com o objetivo de encontrar a principal causa também identificada como raiz do problema, é aplicado o método dos 5 porquês, utilizando-se perguntas interligadas onde a resposta da pergunta anterior gera a questão seguinte. Usualmente, se encontra a causa raiz em no máximo 5 perguntas, sendo que todas as respostas devem ser claras e precisas. (STICKDORN e SCHNEIDER, 2014).

Hiramine (2012) diz que ao encontrar um problema, você deve realizar um processo de cinco repetições perguntando o porquê daquele problema, sempre questionando a causa anterior até o limite de 5 perguntas.

2.1.11 Definição do Plano de ação

O plano de ação define quem é o responsável por cada atividade, prazo de entrega, anotações e sugestões. Com o plano de ação é possível analisar o andamento das atividades, os métodos utilizados, quem executou, quando, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no campo aplicado (VALLE, 2013).

Criado no Japão por profissionais da indústria automobilística o 5W2H é uma ferramenta que auxilia na fase de planejamento (SILVA, 2013). Para colocar em prática o plano de ação deve-se fazer as seguinte perguntas: *What* (O que), *Who* (Quem), *When* (Quando), *Where* (Onde), *Why* (Por que), *How* (Como), *How Much* (Quanto). A aplicação dos questionamentos servem para definir com clareza as atividades que devem ser desenvolvidas no processo de trabalho que se deseja melhorar (MEIRA, 2003)

2.1.12 Humanização na UBS do estudo

A humanização do serviço de saúde deve ser valorizada uma vez que o atendimento é fortalecido em princípios como a distância entre clínica e política, o que implica a separação entre atenção e

gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade (PASSOS, 2006).

Segundo Ballone (2008) a necessidade de humanizar surge ao se observar o diferente crescimento entre a técnica dos serviços de saúde e a qualidade do contato entre as pessoas.

A proposta de um atendimento de qualidade está relacionada à postura apresentada pelo paciente que questionaram e sentiam a necessidade de que o ambiente de saúde lhe oferecesse não só a cura ou o tratamento, como também a segurança, o conforto de sua família e seus visitantes. (BOERGER, 2005, p. 24).

A unidade básica é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. No período de estágio observou-se que a unidade de estudo possui estrutura nova, inaugurada no primeiro trimestre do ano de 2015, ampla, de fácil acesso as diferentes regiões do bairro, obtém ambiente climatizado com bebedouro de água gelada. Conforme a RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, são recomendados um programa básico das instalações de ar condicionado e ventilação mecânica como sistema de climatização, filtros e água gelada nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).

Dispondo de um aparelho televisor que é utilizado para transmissão de informações de utilidade pública como os dias de atendimento dos médicos e suas especialidades e campanhas (vacinação, prevenção câncer de mama e colo uterino/outubro rosa, prevenção de câncer de próstata/novembro azul, AIDS, gripe, acompanhamento do pré-natal, saúde bucal, hanseníase, tuberculose, grupos de diabetes, hipertensos e tabagismo).

Para Galvão P. (2009), a mídia é um importante veículo para esclarecer a importância da atenção à saúde através do SUS, como o televisor, internet, revistas e jornais. É essencial o preparo da mídia e dos profissionais de saúde para evitar incompreensões da população ou provocar um desentendimento do assunto exposto.

A estrutura hoteleira faz com que o ambiente torne-se menos impactante que a imagem convencional de uma instituição hospitalar (BOEGER; 2003).

No balcão da recepção estão presentes dois computadores com o acesso ao sistema interno do SUS, uma impressora e um telefone móvel. Segundo o MS (2008), a informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aperfeiçoamento da gestão. A informatização das atividades do SUS é essencial para os processos de trabalho na saúde e possibilitam o controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

A unidade é provida de medidas que visam à acessibilidade para pessoas com restrições físicas, como rampa, corrimões, portas largas, estacionamento, banheiros com divisão masculina e feminina, ambiente claro e iluminado, corredores largos e cadeiras com estofados confortáveis, de acordo com a RDC 50 e a PNH. Segundo a ANS a acessibilidade significa incluir a pessoa com deficiência na participação de atividades e nos estabelecimentos adaptados com rampas de acesso para cadeira de rodas e banheiros ideal para deficientes.

2.1.13 Ferramentas gerenciais em prol da Humanização

As ferramentas gerenciais são instrumentos que estão presentes no cotidiano do gestor, após o período de estágio e análise do ambiente de estudo com foco na Humanização, identificou-se a necessidade de melhorias no processo de trabalho visando a qualidade do atendimento em saúde.

Sendo o propósito a Humanização é necessário ter clareza da temática da PNH, compreender a dinâmica do serviço, realizar a revisão das práticas e elaborar ações estratégicas, valorizando um ambiente de trabalho que respeite a dignidade do usuário e também do trabalhador (BRASIL 2009).

Para complementar o desenvolvimento do processo será utilizado o instrumento gerencial PDCA, complementado por algumas ferramentas de qualidade que em conjunto possibilitaram a realização da fase Plan resultando no melhor entendimento da causa raiz e efeito das problemáticas levantadas propondo um plano de ação, já para as fases seguintes foram apresentadas sugestões.

Para Lima (2006), o ciclo PDCA padroniza um serviço de qualidade, evita erros e torna as informações de fácil compreensão. É importante também, para facilitar o estilo de administração, direciona-lo para tomada de decisões.

2.1.14 Identificação do problema

Iniciando o ciclo PDCA a fase do Planejamento foi elaborada a partir da experiência vivida no período de estágio, sendo realizado um Brainstorming entre as acadêmicas para levantamento de possíveis falhas que possam estar dificultando a efetivação das ações de humanização no serviço de saúde do estudo.

Potenciais problemas
Tempo de espera na recepção
Retirada de senha errada/incorreta
Ambiente desorganizado
Falta de sinalização
Falta de profissional para orientação
Falta de acento reservado para idoso na sala de espera
Falta local reservado para cadeirante na sala de espera
Rotina da unidade é desconhecida pelos usuários
Empatia da tratativa

Tabela 1 – Brainstorming: Reconhecimento de problemas relacionados a Humanização em uma UBS.

Fonte: Adaptado de Seleme; Stadler (2008).

2.1.15 Observação

Através da chuva de ideias citadas na fase de identificação do problema, foram elencados os principais pontos negativos relacionados a humanização nos setores da UBS do estudo com destaque ao acolhimento na recepção. Em continuidade realizou-se a priorização dos problemas através da avaliação dos três quesitos (gravidade, urgência e tendência) seguindo o formato de tabela GUT. Para cada categoria foi registrada pontuação de 1 a 5 classificando ao termino, de forma crescente, o grau de prioridade. A matriz GUT é uma ferramenta importante no auxílio a tomada de decisão, utiliza uma listagem dos problemas e relaciona os conceitos de prioridade para solucioná-los (QUEIROZ et al., 2012).

Lista de problemas	Gravidade	Urgência	Tendência	Total
Empatia na tratativa	3	3	2	18
Tempo de espera na recepção devido retirada de senha incorreta	5	5	5	125
Falta de sinalização	4	4	4	64
Rotina da unidade é desconhecida pelos usuários	5	3	3	45
Falta de profissional para orientação	3	3	3	27

Tabela 2 – Identificação da ordem de prioridade dos problemas relacionados a humanização em um UBS através do instrumento GUT

Fonte: Adaptado de Queiroz, J. V. et al. (2012)

Com a aplicação da tabela GUT foi determinada a ordem em que os problemas devem ser trabalhados, iniciando pelo tempo de espera na recepção pela retirada de senha incorreta, falta de sinalização, o desconhecimento por parte dos usuários das rotinas da unidade e falta de profissionais para orientação e falta de empatia na tratativa dos usuários e demais servidores.

2.1.16 Análise

Uma vez que identificado os problemas em potencial e definida as prioridades foi aplicado o diagrama de Ishikawa para organizar o raciocínio e encontrar as possíveis causas desses problemas.

O Diagrama de Ishikawa é indicado para a fase de análise dos problemas levantados, indicando a relação entre as características da qualidade e fatores que as determinam, auxiliando no encontro das soluções (LIMA; BOUTH, 2009).

Tabela N°3 – Delimitação das possíveis causas dos problemas relacionados a Humanização em uma UBS através do Diagrama de Ishikawa
 Fonte: Adaptado de Lima, Bouth (2009)

Com o levantamento das possíveis causas foi utilizada a ferramenta dos 5 porquês que permite identificar a causa raiz do problema denominado acolhimento.

A ferramenta “5 porquês” consiste em um método de análise baseado na sequência de perguntas, que permite obter suas causas raízes em, no máximo, cinco passos, com potencial de retorno para a detecção do problema (SOUZA; DUARTE, 2013).

Problema	Causa Potencial	Por quê?	Por quê?	Por quê?	Por quê?
Acolhimento	Alto tempo de espera na recepção em função da retirada de senha incorreta (duplicidade de tempo e de senhas retiradas.).	Porque o usuário não sabe qual senha retirar.	Porque não é sinalizada que senha atende cada procedimento ou prioridade .	Não há sinalização/informação esclarecendo, o significado de cada tipo de senha.	Porque não foi planejado .
	Falta profissional para retirar duvidas (primeiro atendimento)	Porque faltam profissionais (não há quantidade e suficientes)	Há alto índice de absenteísmo (atestados, afastamentos etc). Distribuição das atividades entre os funcionários	Há setores da UBS com carga de trabalho desbalanceada.	

			os ativos tem potencial de melhoria.		
	Rotina da unidade é desconhecida pelos usuários	Porque o usuário não foi informado	Porque a unidade não tem material de divulgação	Porque não foi planejado	
	Falta de sinalização	Porque não foi Planejado			
	Empatia na tratativa	Falta motivação	Falta capacitação	Não é valorizado	Falta conhecimento da PNH

Tabela 4 – Análise das causas potenciais dos problemas relacionados a humanização pela aplicação da técnica de “5 porquês”.

Fonte: Adaptado de Souza; Duarte, (2013).

Em continuidade foi selecionado apenas a causa raiz para a realização de um plano de ação, porém todas as causas consideradas procedentes devem ser tratadas.

2.1.17 Plano de ação

Todas as etapas acima serviram para criar possibilidades de projetos, nesse momento foi utilizada o plano de ação corretivo. Essa fase servirá como roteiro definindo as atividades que serão desenvolvidas, a justificativa, os responsáveis pela realização da atividade, o modo como será realizado.

O que?	Por quê?	Quem?	Como?	Quando?
Motivar a empatia na tratativa	Para que todos os colaboradores sintam-se preparados para acolher os usuários de acordo com a	Todos os colaboradores da unidade	Fazendo palestra e treinamentos	Data a ser definida

	PNH, proporcionando melhora nas relações interpessoais			
Falta de profissional para acolher e orientar a população na recepção da UBS	Para que os usuário sintam-se acolhidos e sejam orientados evitando filas e demoras desnecessárias	Profissionais remanejados e/ou revezamento com as ACS	Recepcionando os usuários, direcionando e esclarecendo questionamentos dos usuários	Data a ser definida
Reduzir o tempo de espera na recepção pela retirada de senha incorreta	Para agilizar o processo de atendimento, não gerando filas desnecessárias	Recepcionistas e coordenadora	Orientando corretamente e identificando o local de retirada das senhas e tipo de atendimento	Data a ser definida
Orientação os usuários sobre as rotinas da UBS	Para que os usuários compreendam quando e como são oferecidos os serviços pela UBS (horários de agendamentos de consulta, campanhas, grupos de apoio, eventos e cursos livres) e sintam-se participantes.	Coordenação	Elaborando banners, panfletos e informativos.	Data a ser definida
Sinalização dos ambientes e trajetória no chão da UBS	Para que as pessoas se destinem para o local certo.	Coordenação e Manutenção	Sinalizando os ambientes com placas e o chão com faixas coloridas para identificar o trajeto a cada setor da UBS	Data a ser definida

Tabela 5 – Plano de ação corretivo visando humanização no acolhimento na recepção da UBS.

Fonte: Adaptado de Garvin, (2002)

2.1.18 Aplicação do plano de ação

Para conclusão da primeira fase do ciclo PDCA traremos de forma sugestiva como devem ocorrer as três fases seguintes *Do*, *Check* e *Action*. Ao término da fase *Plan* de diagnóstico e planejamento é necessário iniciar a fase *Do* chamada da fase da execução. Nessa fase para que o plano de ação seja colocado em prática sugerimos que a gestora da unidade nomeie um líder para cada setor envolvido na ação. Esse líder será o intermediador das dificuldades encontradas no decorrer da aplicação do plano de ação, evitando a sobrecarga do gestor.

Nesta primeira integração com os líderes sugerimos que o gestor repasse as informações referentes a fase do processo que já foi realizada

2.1.19 Verificar atingimento de meta

Posteriormente a aplicação do plano de ação, sugerimos a realização da fase de *Check* na qual o gestor se reunirá com os líderes para o relato das experiências vivenciadas pelas equipes seguida da aplicação de uma carta de verificação elaborada pelo gestor. Nesse momento o gestor terá um *feedback* da aplicação do plano e poderá fazer a sua avaliação.

2.1.20 Ação corretiva no insucesso

Conforme a avaliação do grupo iniciará a última fase *Action* onde será verificado o resultado da ação desenvolvida. Caso não tenha sido bem sucedida será necessária uma reavaliação com o início de outro ciclo PDCA propondo modificações para a elaboração de um novo plano de ação que atenda o objetivo.

2.1.21 Padronização e treinamento no sucesso

Se a avaliação do grupo e da gestora for positiva e a causa foi corrigida com a ação, iniciará a fase de implantação. Nesse momento sugere-se a implantação de nova rotina no serviço gerando a modificação dos procedimentos operacionais da unidade.

Para o fechamento do Ciclo PDCA deve ser realizada uma reunião com todos os colaboradores pontuando as fases do processo, facilidades, dificuldades, superações, e para o termino a exposição dos resultados do processo seguida da apresentação do novo protocolo e treinamento dos servidores. Durante o ciclo PDCA podem surgir situações e novos problemas gerando novas demandas que precisarão ser atendidas modificando consequentemente as fases futuras do ciclo. Essas experiências devem ser elencadas para começar um novo circuito de planejamento, execução, checagem e ação melhorados visando o resultado desejado.

2.2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória motivada a partir do estágio das acadêmicas do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar em uma UBS da região de Joinville. O estudo exploratório tem como finalidade o desenvolvimento de ideias e o esclarecimento destas, permitindo a modificação de conceitos tradicionalmente estabelecidos, com vista na elaboração de hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores (GIL, 1989).

Segundo dados da Secretaria de Saúde o município de Joinville é localizado na região nordeste do estado de Santa Catarina, com aproximadamente 554.601 habitantes. Composto de 57 unidades básicas de saúde, entre elas as regionais e as unidades básicas de saúde da família (UBSF).

A unidade de estudo conta com uma equipe de 78 funcionário, sendo eles 1 coordenado geral, 1 supervisor, 1 farmacêutico, médicos, enfermeiros, atendente de farmácia, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e

administrativo, auxiliares de serviços gerais. A unidade oferece serviços de atendimento ginecológico, odontológico, clínico geral, pediatria, enfermagem, terapeuta ocupacional, psicologia, serviço de dispensação de medicamentos. Em funcionamento de segunda a sexta das 7h as 19h.

A coleta de dados foi realizada através de análises observacionais da rotina da UBS norteadora do estudo. Os dados foram analisados de acordo com a PNH e que através da utilização das ferramentas da qualidade que possibilitaram a elaboração da primeira fase do ciclo PDCA e a simulação das fases seguintes.

Este estudo visa não ferir os princípios básicos da ética perante pesquisas, não foram identificados os profissionais bem como a UBS norteadora do estudo.

3 CONCLUSÕES

Um atendimento humanizado é aquele que cativa o usuário, estimulando um sentimento de valorização e reconhecimento, principalmente em momentos de comoção, dor, angústia e dificuldade como os que norteiam o processo de doença.

Nesta pesquisa foi identificada a necessidade de valorização da humanização, principalmente no ambiente da recepção, como proposição de melhoria foram utilizadas ferramentas gerenciais, em especial as ligadas a qualidade, para sugestão de melhorias. Porém foram exploradas apenas algumas das ferramentas gerenciais existentes na literatura, com isto conseguimos alcançar nossos objetivos que foram identificar quais os princípios da humanização estavam presentes na unidade e sugerimos ações de promoção da humanização através de ferramentas de qualidade. Com a aplicação dessas ferramentas iniciou-se uma sequência de etapas, embasadas em conhecimentos científicos, necessárias para análise e planejamento de um projeto de melhorias.

No processo de busca da qualidade o comprometimento da equipe é fundamental principalmente quando o foco é a satisfação do usuário. Podemos dizer que todos os colaboradores são responsáveis pelo acolhimento, o reconhecimento da necessidade do cliente, bem como presar por ações de bem estar, comodidade e privacidade.

O usuário precisa sentir que o servidor está disposto a auxiliá-lo, que se preocupa com sua saúde e seu bem estar como um todo. Para que o usuário vivencie essa satisfação é preciso que a instituição de saúde supere suas expectativas buscando sempre ideias inovadoras, investindo nos profissionais, principalmente na capacitação para que agreguem conhecimentos inovadores e amplos.

Para alcançar o cuidado ideal do ponto de vista da humanizado, precisa haver dedicação constante e em especial para o gestor é necessária a utilização dos conhecimentos técnico-científicos da administração para o planejamento de ações embasadas em conhecimentos concretos, fundamentados. A humanização deve ser praticada em todas as situações em especial no primeiro acolhimento do usuário na unidade. A valorização da humanização no contexto de saúde foi se fortalecendo, contribuindo para mudança de conceito que muitas vezes resultaram em ações

modelo porem pouco divulgadas. Ao termino da qualificação esse estudo será encaminhado a gestora da unidade em questão com o desejo de que sirva de ponto de partida para novos projetos no tema da humanização. As bibliografias neste trabalho usadas foram de grande valia para que fosse possível caminhar com este estudo, sugerimos que no ambiente acadêmico também seja dada continuidade a esta linha de pesquisa, para que possam ser elaborados e aplicados outros planos de ações que visem a humanização e o acolhimento.

REFERÊNCIAS

PASSOS, Leocir; BENEVIDES, Luciana. **Cartilha Humaniza SUS: formação de apoiadores para a política da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão da Saúde. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSU S.pdf>. Acesso em: 15 set. de 2015.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo, SP: Loyola, 2004. 3 p.

CASTRO, Dornelles, Janice; MEDEIROS, Eri, José. **Sementes do SUS**. São Leopoldo, RS. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília – DF. 3ª Edição, 2011.

GIORDANI, Caroline, Ana. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. DATASUS**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 07 de set. de 2015

BRASIL. **Secretaria de atenção à saúde. CNESNET: DATASUS**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07 de set. de 2015

GIL, Antônio Carlos. **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1989. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Brasil, 2006. Acesso em 08 de set de 2015. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=251>>. Acesso em: 07 de set. de 2015

BALLONE, José, Geraldo. 2008. Acesso em 02 de dez de 2015.

DESLANDES, Ferreira, Suely. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

SANTOS, Barbosa, Serafim. **Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos** - Ministério da saúde/política nacional de humanização. Relatório final da oficina humanizadas. Brasília, 2004.

PASSOS, Eduardo; PACHE, Frederico. **A importância da humanização a partir do sistema único de saúde**. Florianópolis/SC, 2008.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

PASCHE, Dário, Frederico. **A Saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde**. Coleção saúde coletiva: diálogos contemporâneos. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

OLIVEIRA, Gonçalves, Rosana, Beatriz; COLLET, Neusa; VIEIRA, Silveira, Claudia. **A humanização na assistência à saúde**. Paraná, 2006.

BARADEL Alex. **Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes**. São Paulo: Loyola; 2004. 29-37 p.

BARBOSA, Albuquerque, Alves, Aldenísia; BRITO E.W.G; COSTA, Clara, Céu, Iris. **Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. RN, 2010.

PALADINI, Pacheco, Edson. **Gestão de Qualidade: Teoria e Prática**. Editora: Atlas, 2ª edição. São Paulo, 2004.

NASCIMENTO, Jesus, Izaura; **A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas**

de saúde. A estratégia para o sucesso competitivo. 4ªed. São Paulo, 2006.

PALADINI, Pacheco. Edson. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas. 1995. 286 p. Disponível em http://www.aprendersempre.org.br/arqs/9%20-%207_ferramentas_qualidade.pdf

As 7 ferramentas da qualidade. Professor: Juliano M. de Magalhães - acesso em 09 de jan. 2016. Disponível em http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/pdf/07_01.pdf - acesso em 10 de jan. de 2016. Disponível em <http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf> Atualizado em Agosto de 2005. – acesso em 09 de jan. de 2016.

LUCINDA, Antônio, Marco. **Qualidade fundamentos e práticas – Para cursos de graduação.** – Rio de Janeiro: Brasport, 2010. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=e9Baz6Jxh3MC&pg=PA6&dq=gurus+da+qualidade&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiK9d_73Z_KAhVGD5AKHQDCCmQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false. Acesso em 10 de jan. de 2016

SELEME, Robson; STADLER, Humberto. **Controle da qualidade: As ferramentas essenciais.** Curitiba: IBPEX, 2008.

BAUMOTTE, Cláudia, Ana. **40+8 Ferramentas e técnicas de gerenciamento.** 4º Edição – Brasport – Rio de Janeiro; 2012 Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NmLulaPAgQC&oi=fnd&pg=PA2&dq=gut+ferramenta+da+qualidade&ots=0VgHNpwDag&sig=VdRLsRF1UU4rvzO-1ka-JKPqvVU#v=onepage&q&f=false> - Acesso em 10 de jan. de 2016

STICKDORN, Marc; SCHNEIDER, Jakob. **Isto é design thinking de serviços: fundamentos, ferramentas, casos.** 1. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014. 168 p.

PASSOS, Eduardo; **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012>. Acesso em 10 de jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. 5. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilha_s_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em 11 de jan. de 2016.

BOERGER, Marcelo, Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 97p.

LIMA, Renata de Almeida - **Como a relação entre clientes e fornecedores internos à organização pode contribuir para a garantia da qualidade: o caso de uma empresa automobilística**. Ouro Preto: UFOP, 2006.

QUEIROZ, Viegas, Jamerson; et al. **Franchising e especialização de serviços como estratégia de crescimento e manutenção: uma análise através da Matriz SWOT e GUT na DDEX–Direct to Door Express**. Gestão da Produção, Operações e Sistemas, Bauru, n. 1, 2012. p. 49-64.

LIMA, Barreto. BOUTH. **Desenvolvimento de uma metodologia de balanceamento do processo de separação das estantes de picking dinâmico, baseado no ciclo PDCA, em um centro de distribuição**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Centro de Ciências Naturais e Tecnológicas, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2009.

ANSUJ, Pellegrin, Angela; ZENCKNER, C. L.; GODOY, Ladeira. **Percepção da qualidade dos serviços de odontologia**. Porto Alegre, 2005.

SOUZA, Aparecida, Elizangela; DUARTE, Newton. **Ferramentas da qualidade aplicadas à melhoria de operações logísticas: um estudo orientado a farmácias de manipulação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade da Amazônia, Belém, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS - clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. 64 p. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/acessibilidade>>. Acesso em 18 de jan. de 2016.

BOEGER, Marcelo. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50%2C+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 20 de jan. de 2016.

GARVIN, David. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

BRITO, Israel. **Política da qualidade (Gestão de pequenas e médias empresas)**. Apostila Universidade Salgado de Oliveira. Rio de Janeiro, 2006.

BAGGIO, Francisco, Adelar; LAMPERT Luis Amauri. **Planejamento organizacional**. Coleção Educação a Distância Série Livro-Texto - Ijuí, Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/162/Planejamento%20organizacional.pdf?sequence=1>> Acesso em 25 de jan. de 2016.

SOTILLE, Afonso, Mauro. **A ferramenta GUT – Gravidade, Urgência e Tendência**. São Paulo, 2014 Disponível em <http://portaldaestrategia.transportes.gov.br/images/Dicas_PMP_Matriz_GUT.pdf>. Acesso em 26 de jan. de 2016.

VALLE, Angelo, José. **Ferramentas e técnicas de Gerenciamento**. São Paulo, 2013. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=jQ_JOBtvgBAC&pg=PA138&dq=diagrama+de+ishikawa&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 26 de jan. de 2016.

BRASÃO, CRISTINA. Ministério da Saúde / DATASUS – Departamento de Informática do SUS. 2011. Disponível em

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em 27 de jan. de 2016.

GALVÃO, Patrícia. São Paulo, 2009. Disponível em <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/comunicacao_midia_profissionais_saude.pdf>. Acesso 27 de jan. de 2016.

HIRAMINE, Ronaldo. Recife/Pernambuco, 2012. Disponível em <<http://administracaoeficaz.blogspot.com.br/2012/01/tecnica-5-porques.html>>. Acesso em 15/01/2016.

RIOS, Cristina, Izabel. **Caminhos da humanização na saúde.** Prática e reflexão. Editora: Aurea, São Paulo, 2009. Disponível em <<https://saude.joinville.sc.gov.br/>>. Acesso 06 de fev de 2016.

SILVA, A. O.; RORATTO, L.; SERVAT, M. E.; DORNELES, L.; POLACINSKI, E. **Gestão da Qualidade: Aplicação da ferramenta 5W2H como plano de ação para projeto de abertura de uma empresa.** 2013. Disponível em: <http://www.fahor.com.br/publicacoes/sief/2013/gestao_de_qualidade.pdf> Acesso em: 22 jan 2016.

MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade.** Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

.

ANEXO

ANEXO A – Autorização para a pesquisa



Secretaria da Saúde



ProgeSUS
Programa de Humanização e Integração
em Saúde do Hospital e da Unidade de Saúde



Ofício nº 191/2015/SMS/GAB/ProgeSUS

Joinville, 13 de outubro de 2015.

A
Prof. Jaqueline Vicentim Patel
Orientadora do IFSC – Campus de Joinville

Assunto: Autorização de pesquisa

Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada: "Humanização em uma Unidade Básica de Saúde", por parte das alunas Karina Zuchi e Daniela Carvalho da Silva, matriculadas no Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, temos a informar:

A Secretaria Municipal da Saúde, através da Gerência da Unidade de Atenção Básica, autoriza a realização da pesquisa junto à Coordenação da Unidade Básica de Saúde Costa e Silva e também ao Programa de Humanização da SMS, e solicita que as alunas entrem em contato com as profissionais indicadas para agendar as entrevistas.

Sem mais, agradecemos e colocamo-nos à disposição através do telefone: (47) 3481-5132 ou e-mail: progesus@e@gmail.com.

Atenciosamente,

Francieli Cristini Schultz
 Secretária Municipal da Saúde

Sandra Helena Camilo B. da Cruz
 Coordenadora do ProgeSUS