



Recebido em  
07-07-2017

Aprovado em  
02-08-2017

### Como citar este artigo

Hoffmann IB;  
Bellaguarda MLR;  
Argenta MI; Padilha  
MI; Vilarinho MV;  
Maia AR. [Gestão Da  
Humanização De Uma  
Instituição Hospitalar  
Para Tratamento De  
Hanseníase]. Hist  
enferm Rev eletrônica  
[Internet]. 2017;8  
(1):36-44.

## Gestão da humanização de uma instituição hospitalar para tratamento de hanseníase

*Management of the humanization in a hospital institution for treating leprosy*

*Gestión de la humanización de una institución hospitalaria para el tratamiento de hanseniasis*

**Isolene Bernadete Hoffmann<sup>I</sup>, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda<sup>II</sup>, Maritê Inez Argenta<sup>III</sup>, Maria Itayra Padilha<sup>IV</sup>, Mariana Vieira Vilarinho<sup>V</sup>, Ana Rosete Maia<sup>VI</sup>**

<sup>I</sup> Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>II</sup> Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>III</sup> Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>IV</sup> Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>V</sup> Enfermeira do Trabalho da Secretaria de Estado da Administração (SEA/SC). Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Florianópolis/SC, Brasil.

<sup>VI</sup> Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Florianópolis/SC, Brasil.

### RESUMO

Estudo qualitativo, histórico-social que teve por objetivo analisar o gerenciamento da Política Nacional de Humanização em um Hospital Público de referência no tratamento de Hanseníase em Santa Catarina. Utilizou como referencial teórico a Política Nacional de Humanização. Estudo documental com análise textual dos documentos e organizados em *checklist*. Nas duas fases do recorte histórico, 1940 até 2006, quando a atenção à saúde dava-se pelo cuidado individual e próprio dos profissionais e Irmãs de Caridade e, de 2006 a 2014 caracterizado pela gestão das condições de trabalho e do profissional. Emergiu como resultado a categoria: Da prática assistencial humanizada à humanização da gestão. Os

resultados refletem a melhora nas relações de trabalho, desta maneira facilitando o processo de trabalho, no entanto distanciando o olhar sobre a pessoa institucionalizada. Conclui-se, que há uma frágil compreensão da Política Nacional de Humanização para a prática humanizada no serviço de saúde estudado. **Descritores:** História; Gestão em saúde; Humanização; Políticas públicas; Hanseníase.

### ABSTRACT

Qualitative and historical-social study intended to analyze the management of the National Humanization Policy in a Public Hospital specialized in treating Leprosy in Santa Catarina. National Humanization Policy was used as theoretical benchmark. Documentary study with textual analysis of documents, which were organized in checklist. In the two stages of the historical cutting, from 1940 to 2006, when health care was provided through the individual and proper care of professionals and Sisters of Charity; and from 2006 to 2014, characterized by the management of working and personnel-related conditions. The result is the emergence of the category: From the humanized care practice to the humanization of management. This result reflects the improvement in the working relationships, thus easing the working process, but hindering the look at the institutionalized person. We conclude that there is a weak understanding of the National Humanization Policy for the humanized practice in the surveyed health service. **Keywords:** History; Health management; Humanization; Public policies; Leprosy.

### RESUMEN

Estudio cualitativo, histórico-social que tuvo por objetivo analizar el manejo de la Política Nacional de Humanización en un Hospital Público de referencia en el tratamiento de Hanseniasis en Santa Catarina. Utilizó como referencial teórico la Política Nacional de Humanización. Estudio documental con análisis textual de los documentos y organizados en check-list. En las dos fases del recorte histórico, 1940 hasta 2006, cuando la atención en salud se daba a través del cuidado individual y propio de los profesionales y Hermanas de Caridad y de 2006 a 2014 caracterizado por la gestión de las condiciones de trabajo y del profesional. Surgió como resultado la categoría: De la práctica asistencial humanizada a la humanización de la gestión. Los resultados reflejan la mejora en las relaciones de trabajo, de esta manera facilitando el proceso de trabajo, Sin embargo, distanciando la mirada sobre la persona institucionalizada. Se concluye que hay una frágil comprensión de la Política Nacional de Humanización para la práctica humanizada en el servicio de salud estudiado.

**Descriptores:** Historia; Gestión en salud; Humanización; Políticas públicas; Hanseniasis.

### INTRODUÇÃO

A década de 1930-1940, no Brasil, auge das políticas eugênicas de saúde pública no Estado Novo, marca o confinamento de pessoas acometidas pela hanseníase. O confinamento compulsório foi o modelo de profilaxia adotado no Brasil, em particular em Santa Catarina dos anos 1930-40, medida esta considerada premente para o controle das epidemias<sup>(1)</sup>. A partir de então, há os primeiros movimentos, que levaram ao confinamento, a “caçada” declarada aos hansenianos do período, as quais remontam a algumas questões candentes sobre o assunto antes mesmo dos anos 1930. Tais discussões se dividiam entre os que defendiam o confinamento compulsório como forma de conter a “lepra” e os que divergiam destas propostas<sup>(1-2)</sup>. Há de se ressaltar, que os debates em torno do que fazer com o problema da hanseníase, tramitaram desde finais do século XIX, época em que a medicina se profissionalizava no Brasil e que os discursos higiênico-sanitários passavam a “limpar” as cidades, chegando ao século XX como um problema ainda não resolvido<sup>(3)</sup>.

Contudo, no início do século XX, por volta dos anos 1920 algumas medidas seriam decisivas para os passos que seriam dados em 1935, às vésperas do Estado Novo. Dentre elas a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob direção de Carlos Chagas, junto à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e

Doenças Venéreas. A partir destes órgãos é que se conduziram as primeiras experiências de levantamento estatístico das pessoas com hanseníase, e a edificação das primeiras colônias agrícolas em São Paulo, que se tornaram referência para os modelos construídos na década de 1930, entre elas a Colônia Santa Teresa<sup>(1)</sup>. Outra medida seria a criação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, associação filantrópica que tinha por objetivo dar “amparo” aos “lázaros”, arrecadando doativos e participando dos debates que definiriam as medidas vistas como mais eficazes frente ao medo, estigma, preconceito à pessoa com hanseníase e para o cuidado dos mesmos<sup>(4)</sup>.

Em Santa Catarina estes discursos acerca da hanseníase tomam um caráter prático e aplicável no ano de 1936, decorrente a fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra na capital, assim como, pela criação do Departamento de Saúde Pública em 16/11/1936, que vinha substituir a antiga Diretoria de Higiene do Estado. Todo este processo fora conduzido pelo interventor federal em exercício Nereu Ramos<sup>(2)</sup>.

No que concerne à estruturação das colônias como local de tratamento e espaço social para o convívio das pessoas com hanseníase, no estado de Santa Catarina há de se destacar o Hospital Colônia Santa Teresa, atualmente Hospital Santa Teresa que apresentava uma dinâmica e funcionalidade de pequena cidade. Fundada em 11 de março de 1940, passou a ser conhecida como a “cidade dos lázaros” foi uma iniciativa, que na esteira de outras colônias construídas no Brasil na década de 1920-30, objetivava estabelecer um “espaço de convívio” para as pessoas com hanseníase do período<sup>(1,5)</sup>. Espaço instrumentalizado com mecanismos de sociabilidade, dispondo de ruas, cinema, rádio local, praças, igreja, campo de futebol, teatro, blocos carnavalescos, bem como mecanismos político-econômicos com a circulação de moedas próprias, cartório, prefeitura e sistema prisional<sup>(5)</sup>.

Contudo, apesar desta imagem beneficente de cuidado e preocupação com as pessoas portadora da hanseníase, o que se percebe é a criação clara, de parte das políticas eugênicas do período, de um lugar de segregação e confinamento compulsório de sujeitos que simbolizavam um perigo social para a dita “raça sadia”<sup>(5-6)</sup>.

Na década de 1940, apesar da ausência de legislações ou algo similar, que obrigasse a implantação do cuidado, de um ambiente humanizado, os profissionais da saúde, entre outras categorias que atuavam na Colônia Santa Teresa, buscavam na medida do possível propiciar um ambiente humanizado, mais próximo de um convívio familiar, haja vista, que o diagnóstico da “lepra” lhe causavam estigmas, preconceitos, exclusão social

Segundo Trierveiler et al. (2011)<sup>(6)</sup>, a grande maioria dos pacientes internados na Colônia de Hanseníase Santa Teresa, foram internados involuntariamente e lá permaneceram por anos, décadas, e alguns, por quase toda a vida, sendo isolados da sociedade, separados de suas famílias e expulsos de suas casas. Isto ocorreu devido ao desconhecimento de tratamento da doença, preconceito da sociedade e medo de contágio. Desta maneira, os laços afetivos e familiares, além de cortados, foram também, proibidos por muitos anos, o que dificultou, com a descoberta da cura na década de 1940, a reaproximação familiar e o retorno para casa.

Quando esses pacientes se viram em uma situação de confinamento, privado do convívio com a sociedade e do contato externo, acometidos pelo preconceito mantiveram um meio de acolhimento entre si. Assim, por intermédio de atividades culturais como rádio, cinema, teatro, bailes, festividades carnavalescas e religiosas (encenação de cristo), jogos, atividades esportivas, dentre outras, a instituição asilar atuava de forma a tornar o ambiente mais agradável e convidativo<sup>(5)</sup>.

A participação das pessoas com hanseníase dentro das Colônias, nas diferentes atividades de lazer, como atores, figurantes, colaboradores na confecção de fantasias, membros das bandas musicais, tinha o intuito de tornar o ambiente hospitalar/asilar mais familiar. Os materiais utilizados vinham de doações externas, principalmente, de instituições internacionais através das freiras que desempenharam um papel importante neste confinamento, despidas de preconceito. Pois, não havia quem quisesse trabalhar com esses pacientes, pelo medo do desconhecido, que a doença causava<sup>(7)</sup>.

Nesta perspectiva, temos no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) que foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2001, por meio da Portaria MS/SAS nº 202. O objetivo desta política é a de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e ainda, fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos<sup>(8)</sup>.

Com a institucionalização da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde e com a participação dos gestores, os quais passaram a questionar os modelos de atenção e gestão, os pacientes com hanseníase passaram a ser o foco da assistência em saúde. Tal fato instigou a realização deste estudo, que teve como objetivo analisar o gerenciamento da Política Nacional de Humanização em um Hospital Público de Santa Catarina.

Frente ao apresentado, este estudo justifica-se pela necessidade de entendimento e do quanto foi importante à implementação da gestão humanizada no Hospital Santa Teresa para uma prática assistencial mais ética, humanizada no cuidado junto às pessoas que convivem com a hanseníase. Ademais, a humanização se fez em amplo espectro, haja vista que foi além de encontros sociais, mas também no labor cotidiano em saúde, na resolutividade de atendimento, na atenção ao bem estar físico, mental, espiritual da pessoa com tal moléstia.

## MÉTODO

Estudo histórico-social, relacionado à história local, sob argumentação qualitativa e referencial teórico da Política Nacional de Humanização. A pesquisa foi realizada no Hospital Santa Teresa, instituição que abriga, ainda, em condições asilares, pacientes com hanseníase. A pesquisa documental foi a fonte de desenvolvimento do estudo junto à gerência administrativa no espaço museal da Instituição de junho a dezembro de 2015. As informações foram coletadas de fontes que seguiram o critério posicional direto, intencional voluntário, e qualitativo de acordo com pesquisa documental descrita por Arostégui (2006)<sup>(9)</sup>.

Os documentos revisitados foram conjuntos de atas de reuniões, escritos de aulas ministradas pelas Irmãs de Caridade responsáveis pelo cuidado dos internos, relatórios de controle de pessoal e imagens em fotografias da época. As informações foram organizadas a partir do agrupamento dos materiais existentes, de modo à construir-se as unidades de registro a respeito dos modos e expressões humanitárias no convívio e cuidado aos internos. Seguido um *checklist*, constantes elementos físicos (tipo, data) e de significação (características e focos de humanização na gerência) dos documentos. As datas estudadas foram definidas a partir do material de arquivo disponibilizado e existente.

Todos os arquivos pesquisados foram lidos exaustivamente e interpretados por meio da compilação dos dados em um quadro definido por tipo de documento, tipo de gestão/gerenciamento realizado, período de gestão, características de humanização, focos de humanização no gerenciamento do cuidado e outras informações relevantes. A partir do que foram elencados os dados após leitura exaustiva da documentação, codificados e, posteriormente, organizada a categoria de análise, que de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2010)<sup>(10)</sup>, as mensagens constantes nesses documentos trazem à tona a realidade e analogias do seu conteúdo. Por tratar-se de pesquisa documental em fontes primárias já publicadas não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas apresenta as autorizações para acesso documental.

## RESULTADOS

Os elementos de significação elencados a partir da busca documental no arquivo do Hospital Santa Teresa fazem emergir uma categoria em que as informações são analisadas dentro de uma ordem cronológica. Isto, pois, o processo de gestão humanizado na Instituição mostra-se em duas fases dentro do recorte histórico, a primeira de 1940 até 2006 quando a atenção à saúde dava-se pelo cuidado individual e próprio dos profissionais e Irmãs de Caridade e, há uma lacuna no acervo de 1958 até 2006. O segundo recorte é a partir de 2006 a 2014 com a implantação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde no Hospital Santa Teresa e, a desarticulação do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Santa Teresa.

No primeiro conjunto de documentos, encontrou-se como elementos característicos de humanização da Gestão e de foco de humanização da Gestão. Os significados mostram-se centrados no primeiro recorte espacial de pesquisa em características de gestão humanizada sob os aspectos de cuidado atento, dedicado e de agregar o coletivo entre os internos e desses com os colaboradores e profissionais do Hospital Santa Teresa. E o foco da gestão humanizada estava nos internos.

O segundo espaço temporal estudado apresenta características e focos da gestão humanizada no escopo administrativo e de gerenciamento de condições de trabalho, foco no profissional. Dentro da perspectiva documental, desta forma foi definida uma categoria de análise no espectro cronológico em que os documentos foram registrados. Assim, traz-se à tona análise da humanização como fator inerente ao ser humano e ao ser gestor cuidador à humanização em gestão, como ordem de organização da atenção à saúde e normalizada em política a ser desenvolvida e ampliada. Segue informativo, já em 2013 com orientações da reconfiguração do Grupo de Trabalho de Humanização na Instituição.

## DISCUSSÃO

A Humanização é condição implícita ao Ser-humano, refere-se aos modos de convivência e trocas entre as pessoas. Enfatizada nesta perspectiva, pela comunicação, respeito, atenção, ética e cuidado uns com os outros. Assim, engloba a subjetividade na objetividade das relações pessoais e profissionais, em que a emoção e a razão apresentam equilíbrio. No aspecto da atenção à saúde, trata-se de uma ferramenta de gestão, que preza a qualidade do atendimento, garantindo as dimensões biológica, psicológica e sociais das relações entre usuários dos serviços de saúde e profissionais, ambos os atores responsáveis por relações de integração<sup>(11)</sup>.

Humanizar, segundo a sua definição formal significa “tornar humano, dar condição humana, humanizar”. E, ainda “tornar benévolo, afável, tratável”. De acordo com esta literatura refere-se a “fazer adquirir hábito sociais, polidos e civilizados”<sup>(12)</sup>. Faz emergir o preocupar-se com o outro, forma de cuidado que se direciona ao pessoal e ao profissional. Entendendo-se como cuidado que envolve o afeto e a compaixão e o referente à razoabilidade humana, respectivamente<sup>(13)</sup>. A humanização em saúde está conforme Goulart e Chiari (2010)<sup>(14)</sup> calcada em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Importante não serem confundidas a humanização e o cuidado, pois há uma tendência na literatura tornarem-se sinônimos. O cuidado em saúde requer a capacidade de compreensão do significado e valorização da vida, que as pessoas primem, conforme Pessini e Bertachini (2000)<sup>(15)</sup>, pela compreensão de si mesmo e do outro.

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário<sup>(16)</sup>.

Os resultados mostram que a humanização no Hospital Santa Teresa, se apresentou diferentemente nos dois períodos histórico estudado, o primeiro período entre 1940 a 1958, a saúde no Brasil mostrava-se com uma política de saneamento, implementada em todo país.

O Hospital Colônia Santa Teresa iniciou sua edificação em 1937, em decorrência do aumento quantitativo de pacientes com Hanseníase no Estado. A partir da iniciativa do Dr. Heráclito de Araújo<sup>1</sup> com o envio de carta, em resposta as orientações solicitadas pelo Diretor de Higiene de Santa Catarina Dr. Carlos Corrêa, ao então Governador do Estado Adolfo Konder (1927), revendo a disponibilidade de no Estado Catarinense ser fundada uma Colônia Agrícola para tratamento de hansenianos<sup>(7)</sup>. As pessoas com hanseníase provocavam repulsa à sociedade catarinense pelas deformidades físicas as quais a doença evoluía. Neste sentido, as pessoas acometidas por tal moléstia precisavam à época e na cultura instalada serem encarcerados em locais distantes, com os contatos restringidos<sup>(17)</sup>. Em 1940 inaugurava-se de fato a Colônia Santa Teresa, local em que os domiciliados eram estigmatizados, havia uma distância entre a pessoas com a hanseníase e o cuidador e/ou profissional da saúde.

A gestão do hospital no período mantinha certo distanciamento na assistência, e bem focado, pelos profissionais, no indivíduo. Os domiciliados recebiam cartas de familiares, que não eram repassadas, para evitar segundo Borenstein (2011)<sup>(5)</sup>, a contaminação das pessoas. Faltavam nessa época muitos funcionários devido ao medo do contágio. Mais de 40 anos a assistência de enfermagem foi

<sup>1</sup> Leprologista conceituado do Instituto Oswaldo Cruz.

exercida por Irmãs de Caridade. No período que corresponde à primeira etapa deste estudo houve 1195 internações<sup>(5)</sup>. Numa realidade de exclusão social e confinamento no espaço da Colônia como a gestão demandaria uma atenção ou cuidado humanizado?

Nesse período, a gestão humanizada apresentava uma característica de respeito ao distanciar a comunidade portadora de hanseníase entremuros da sociedade em geral, proteção do coletivo social. No entanto, a gestão de cuidado à saúde internamente aos domiciliados requeria ações pontuais e bastante individualizadas. Observa-se nos documentos a preocupação das Irmãs de Caridade da Ordem das Irmãs Franciscanas de São José com a educação/ensino dos domiciliados e no atendimento aos cuidados de saúde básico no que tange a administração de medicamentos e cuidados gerais de higiene. Atividades para garantir um determinado vínculo e formar uma sociedade fechada, eram oportunizadas eventos próprios como festas de aniversário, as refeições conjuntas. Outros laços de amizade e familiares foram estabelecidos.

Constata-se que a gestão humanizada era bastante incipiente. O cuidado à saúde era gerido em prol da convivência no espaço restrito da Colônia. O medo dos funcionários em lidar e se relacionar com os internos, a fragilidade de conhecimento e habilidade para tratar, cuidar dessas pessoas. A gestão essencialmente de confinamento, mostrando-se como controle estatal, e decorrência das políticas públicas instituídas.

A partir dos dados pesquisados é possível constatar que a gestão de humanização no período descrito entre 1940 e 1958, pontuou o atendimento individual no quesito tratamento. Os direitos humanos, a bioética, a cidadania se evidencia um pouco mais tarde. As iniciativas desse período, mais próximas a um atendimento humanizado centraram-se na gestão, por parte das Irmãs de Caridade, no desenvolvimento de atividades de lazer e educação.

Na interpretação das autoras desse estudo os ruídos de ações humanizadoras nessa época registram uma marca histórica de amadorismo e desconhecimento das causas e reais necessidades do ser humano interno na Colônia Santa Teresa. No entanto, as atividades eram voltadas para os indivíduos domiciliados, a centralidade da atenção à saúde e de uma frágil humanização estava sobre essas pessoas.

De acordo com Rios (2009)<sup>(11)</sup>, foram iniciativas que não modificaram substancialmente a organização do trabalho e modo de gestão, muito menos a vida das pessoas. Contudo pouco a pouco esses escapes com o intuito de diminuir o sofrimento e a segregação dos internos da Colônia foram sendo pensado e alterado de acordo com a evolução da abertura a visitas, idas ao seio familiar entre outras atividades inseridas no cotidiano da vida dos portadores de Hansen.

A partir de 2003 inicia um movimento que vem da Humanização das práticas assistenciais à Humanização da gestão. O que isto significa, no universo desse estudo é que nasce a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. Nas duas últimas décadas, de acordo com Justo (2010)<sup>(18)</sup>, um conjunto de medidas tem sido adotado na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil. Tais medidas passam pela introdução de alterações em diversas esferas do campo da saúde, passando pelo processo formador e de capacitação dos profissionais da área, pelas formas e mecanismos de financiamento e gestão setorial e ainda, pela adoção de políticas e programas voltados à revisão da produção do cuidado em saúde na busca da integralidade. Nesse contexto, ganha destaque a Política Nacional de Humanização.

A instituição das diretrizes dessa política no Hospital se deu a partir da criação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), constituído por enfermeiros, assistente social, médicos, Representantes da Gestão. Da análise documental realizada constataram-se fragilidades quanto à compreensão da proposta da Política Nacional de Humanização. Isto, pois, retrata-se na documentação das atividades desenvolvidas e o foco do processo a partir da institucionalização da humanização no serviço.

A constituição do grupo mostra-se cumprindo a determinação legal. Observa-se diante dos relatos documentados, que a participação dos membros do GTH se deu mais por indicação, pelo respeito à implantação da Política de saúde, que pelo perfil necessário ao comprometimento do processo de humanização. A humanização direciona propostas referentes à ética, estética e política. Estas implicam em mudanças de atitude dentre os trabalhadores, usuários e gestores; abrange um sistema de produção de saúde as pessoas reconhecidas como únicas, autônomas e protagonistas deste processo e, por fim politicamente traz implicações por referir-se à prática de gestão do Sistema Único de Saúde<sup>(19)</sup>.

A perspectiva multiprofissional no trabalho de equipe se desenvolve de forma ampliada e para isto a gestão da humanização requer apoio político e cultural para a implementação de práticas humanizadoras<sup>(20)</sup>. A humanização em saúde refere-se, à valorização de variados sujeitos, sendo esses usuários, familiares, trabalhadores e gestores. E assim sendo, passa por todos esses sujeitos em função de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos.

Diante do que este estudo traz à tona os convívios interprofissionais no tocante à humanização, mas mantêm-se distante dos sujeitos internos e dos familiares. O chamamento dos pacientes/moradores para participarem das reuniões do GTH não foi aceito por todos e, os próprios pacientes não mostraram interesse nesta continuidade sob alegação de que suas reivindicações não eram atendidas, vindo então a não participarem mais e, conseqüentemente, excluídos por alguns membros do GTH. Outro fator, que pode ser apontado como fragilidade no HST, devido o seu perfil asilar é a inexistência de grupo de voluntários permanente, focando-se apenas em visitas programadas e esporádicas e sem continuidade.

Diante da relevância de serem reformulados os processos e práticas na gestão, bem como na assistência em saúde, e mediante os preceitos da integralidade, com a devida relevância às diversas dimensões que compõem a vida e o cotidiano dos usuários, a humanização é referenciada como política transversal<sup>(21)</sup>. Atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços. Frente a isso, é fundamental a preparação e capacitação dos funcionários e voluntários envolvidos para tal trabalho, visto que o fator humano deve se fazer presente em cada processo hospitalar.

Como potencialidade da gestão humanizada no Hospital Santa Teresa, apesar da dispersão do GTH desde maio de 2014, passa a existir um olhar assistencial voltado para o paciente/cliente/morador, tanto para os que possuem apoio familiar, os quais têm acesso às refeições no mesmo refeitório, junto com os servidores, como para àqueles que se encontram em condições asilares (casos sociais), tendo como proposta minimizar o sofrimento do paciente. É livre o acesso a Terapia Ocupacional, Academia, Serviço Psicológico, onde podem desenvolver trabalhos manuais, ou seja, existe a preocupação com o bem estar do paciente enquanto permanece institucionalizado.

Com as características da gestão do Hospital, humanizar significa muito mais que tornar humano. Passa a ser um cuidado solidário que promove o cuidar, colocando o serviço em função do cliente com a intenção de garantir uma assistência com sensibilidade, solidariedade, ética e competência profissional.

Para consolidar uma prática humanizada junto aos pacientes portadores de hanseníase esses devem estar no meio da problematização de seus planos terapêuticos, focando o autocuidado. Para isto, os profissionais necessitam de organização e de gestão da humanização elencando cuidados isolados quando pertinentes e de cuidados coletivos, com foco holístico, social e psicológico. Santos et al. (2012)<sup>(22)</sup>, afirmam que o diálogo e orientação esclarecida sobre a doença, proporciona ao paciente e sua família segurança e autoestima.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este panorama possibilita afirmar que já se observa uma série de possibilidades para execução das propostas de humanização a partir de bases teórico-filosóficas, faz-se necessário sistematizá-las, aplicá-las e avaliá-las. A política de humanização nas instituições hospitalares tem como proposta mudar conceitos e comportamentos até então praticados e que resulta de uma relação assistencial e paciente até 2006 praticada no Hospital Santa Teresa.

Com a institucionalização da política nacional de humanização, tendo-se por fundamento aperfeiçoar o cuidado e mudar a ótica da humanização na atenção à saúde, ao se adentrar a literatura são discutidas questões ligadas à saúde a partir da concepção da humanização como política de saúde e como prática profissional. A gestão da humanização perpassa pela configuração da totalidade de ações que integrem o fazer de forma competente e atenciosa, e o respeito a aquele que recebe a assistência, a resolutividade das ações é potencial para quem gerência, quem assiste e para quem é assistido.

A gestão, a partir do comprometimento com o processo de humanização, buscará meios de proporcionar bem-estar a toda equipe integrada no processo de saúde, criando condições materiais,

físicas e psíquicas para cuidar do paciente, proporcionando-lhe segurança e confiança implicando, portanto, na valorização humana tanto do servidor, como do paciente internado.

Considera-se, que é primordial o comprometimento da equipe multiprofissional em saúde junto aos pacientes portadores de hanseníase. E para isto há de acontecer uma mudança de paradigma de gestão do cuidado e dos serviços de saúde as pessoas acometidas e suas famílias, evitando o preconceito social, dirimindo o sofrimento e desenvolvendo práticas humanitárias e que privilegiem a coletividade. Nesta perspectiva, ampliar-se-á a prática da cidadania e o respeito aos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Vaz RA. Esculápio à flor da pele: o processo de confinamento dos “leprosos” no Hospital/Colônia Santa Teresa (Santa Catarina – 1937 - 1940). PerCursos [Internet]. 2006;[citado 10 mai 2017]7(2);1-13. Disponível em: <http://200.19.105.203/index.php/percursos/article/view/1523>
2. Mattos DM. Fora do arraial: hanseníase e instituições asilares em Santa Catarina (1940-1950). Itajaí (SC): Casa Aberta; 2013.
3. Chalhoub S. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
4. Béniac F. O medo da lepra. In: Le Goff J (org.). As doenças têm histórias. Lisboa: Terramar; 1985.
5. Borenstein MS. Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas. (1940-1960). Florianópolis: Assembleia legislativa de Santa Catarina; 2011.
6. Trierweiler J, Rosa MC, Bastiani J, Bellaguarda MLR. Trajetória histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil. Hist. enferm., Rev. eletrônica. [Internet]. 2011[citado em 14 Jun 2017];2(1): 63-76. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol2artigo4.pdf>
7. Borenstein MS, Padilha, MI, Costa E, Gregório VRP, Koerich AME, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). Rev Bras Enferm [Internet]. 2008[citado em 10 Mai 2017];6(esp):708-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de humanização. [Internet]. 2003[atualizado em 2017; citado em 20 Mai 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>
9. Arostégui J. A pesquisa histórica: teoria e método. Bauru (SP): Edusc; 2006.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora; 2009.
12. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta paul. Enferm [Internet]. 2011[cited 2017 20 Mai 20];24(3):414-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>
13. Silva LWS, Francione FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 Jul/Ago[citado 19 Mai 2017];58(4):471-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf>
14. Goulart BNG, Chiara BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Ciênc. Saúde coletiva. 2010;15(1):255-68.
15. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2006.
16. Casate JC, Corrêa AK. Humanization in health care: knowledge disseminated in Brazilian nursing literature. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2005 Jan/Fev[cited 2017 Mai 15];13(1):105-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>
17. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga JC, Castr MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [Internet].. 2013 Mai[citado em 15 Mai 2017];29(5):909-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/09.pdf>

18. Justo AM. A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde. *Sociedade em Debate*, Pelotas [Internet]. 2010 Jan/Jun[citado em 14 mai 2017];16(1):139-54. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/342/300>
19. Verdi M, Finkler M, Matias MCS, Fornasieri N, Castro DD. Em foco a dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: efeitos dos processos de formação de apoiadores da PNH nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. *Sau. & Transf. Soc* [Internet]. 2014[citado em 30 Mai 2017];5(2):29-38. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3255/3831>
20. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2011[citado em 26 Mai 2017];9(supl. 1):85-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>
21. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. – Coleção para entender a gestão do SUS [Internet]. v. 1. Brasília: CONASS; 2011[citado em 26 Mai 2017]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf)
22. Santos PN, Zerbinato PHM, Silva MA, Rodrigues DP, Oliveira LS, Cortez AE, Braga ALS. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. *Enfermería Global* [Internet]. 2012 Jan[citado em 20 Mai 2017];25:116-28. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt\\_docencia1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia1.pdf)