

**Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Política Nacional de Humanização (PNH)**

## **Política Nacional de Humanização**



**o que é  
como implementar**

**(uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH  
em perguntas e respostas)**

**Olga Vânia Matoso de Oliveira  
Consultora PNH/SAS/MS  
Brasília – Novembro/2010**

## Sumário

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Introdução.....                                        | 03 |
| Endereços eletrônicos da PNH .....                     | 04 |
| Política Nacional de Humanização.....                  | 05 |
| Diretrizes da Política Nacional de Humanização .....   | 11 |
| (Síntese em perguntas e respostas)                     |    |
| Dispositivos da Política Nacional de Humanização ..... | 39 |
| (Síntese em perguntas e respostas)                     |    |
| Referências Bibliográficas .....                       | 70 |

## **Introdução**

O presente documento tem por objetivo apresentar uma síntese das diretrizes e dos dispositivos, da Política Nacional de Humanização, por meio de perguntas e respostas.

Este documento foi elaborado, a partir de uma atividade em curso, que é a utilização da área temática - "Humanização" - na Biblioteca Virtual em Saúde do MS (BVS), como mais um espaço para divulgarmos a PNH. Nesta página temos inserido, periodicamente, na janela "Dicas em Saúde", uma síntese de uma diretriz ou de um dispositivo, em perguntas e respostas.

É importante acrescentar, que percebemos no apoio institucional, que este documento seria útil tanto aos gestores e trabalhadores, quanto aos usuários, ainda que preservando as produções originais da PNH, facilitamos a sua compreensão com a introdução de exemplos do dia-a-dia no/do SUS.

## Endereços eletrônicos

A Política Nacional de Humanização PNH, lançada pelo Ministério da Saúde, em 2003, possui os seguintes endereços eletrônicos:

- ✓ **Site**  
Seu acesso é via Portal do Ministério da Saúde:  
[www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)
  
- ✓ **Fale conosco**  
[www.humanizausus@saude.gov.br](mailto:www.humanizausus@saude.gov.br)
  
- ✓ **Área Temática – Humanização** - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)  
Seu acesso é tanto pelo site quanto pela BVS  
[www.saude.gov.bvs](http://www.saude.gov.bvs)
  
- ✓ **Rede HumanizaSUS**  
Seu acesso é direto:  
[www.redehumanizausus.net](http://www.redehumanizausus.net)

## **Política Nacional de Humanização**

*O início de uma história: uma política pública de saúde,  
que se pretende uma política de estado*

Em Março de 2003, foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização-PNH ou HumanizaSUS, durante o XXº Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN (17 a 20 de março/ 2003).

Divulgada para dentro do MS na Oficina Nacional "HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, na Semana de Humanização, no MS, nos dias 19 e 20 de novembro de 2003. Para o SUS, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, eventos que ocorreram em novembro deste mesmo ano.

Pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é composta de representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e do Conselho Nacional de Secretários Municipais, em 18.03.2004.

Naquela época, a Política localizava-se na Secretaria Executiva (SE) do MS e posteriormente foi transferida para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), onde permanece até o presente momento.

Para a PNH, no campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política:

- ✓ ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis;
- ✓ estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas;
- ✓ política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A Política Nacional de Humanização (PNH) se estrutura a partir de:

- Princípios;
- Método;

- Diretrizes;
- Dispositivos.

**Princípio** – entendido como o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas.

São 03, os princípios da PNH:

i)- Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

ii)- Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

iii)- Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

**Método** – Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos.

Método proposto pela PNH: “método de tríplice inclusão”:

- a. Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade.  
Modo de fazer: rodas;

- b. Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.
- c. Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança das percepções e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento de redes.

### **Diretrizes**

Orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da tríplice inclusão.

Diretrizes da PNH: Acolhimento, Clínica ampliada, Cogestão, Defesa dos Direitos do usuário, Fomento de grupidades, coletivos e redes, Valorização do trabalho e do trabalhador, Construção da memória do SUS que dá certo.

### **Dispositivo**

Uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. Atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho.

Dispositivos da PNH: Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH), Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), Projeto memória do SUS que dá certo, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva, Projetos co-geridos de ambiência, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, etc. e Visita aberta e Direito a acompanhante.

*Para mais informações acesse o "Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS", no link abaixo:*

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)

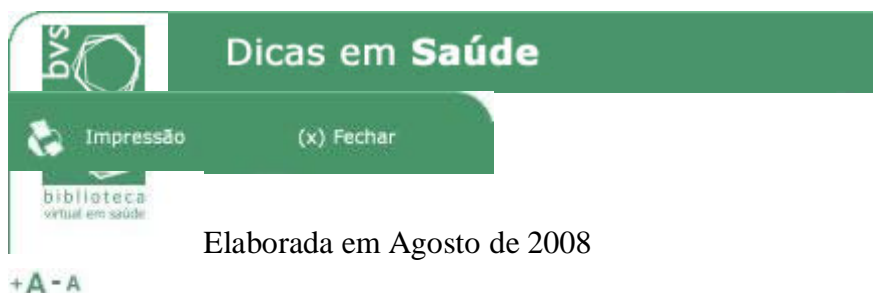
E como começou na Área Temática – Humanização - Biblioteca Virtual em Saúde  
**“Dicas em Saúde”**

Acesso:

a)- pelo Site: [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)

clique em publicações – acesso à área temática

b)- pela BVS: [www.saude.gov.bvs](http://www.saude.gov.bvs)



Humanização em Saúde



### **O que é o HumanizaSUS**

A PNH é uma política nacional que busca qualificar modo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores. Ela pode ser implantada em qualquer unidade/serviço ou secretaria de saúde. Atualmente existem experiências de implantação em todos os estados do Brasil de forma diversificada, pois a PNH pode atuar em todas as políticas do SUS, aumentando o grau de comunicação entre os grupos (de gestores, trabalhadores, usuários do serviço de saúde) e dentro desses grupos. Dependendo da região possui mais ou menos dispositivos da PNH já implantados ou em processo de implantação. Ela depende da decisão política e também da adesão dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS para existir.

### **Na prática, como a humanização funciona**

A PNH pode ser implantada em qualquer serviço de saúde, como Centro de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Serviço de Urgência, hospital, nível central das secretarias de saúde, inclusive, em toda a rede de saúde pública do município, desde que haja compromisso para reorganização do serviço numa outra ótica, ou seja, por adesão à proposta da PNH. Essa proposta se baseia na produção de saúde e produção dos sujeitos envolvidos: trabalhadores, gestores e usuários.

Para implantá-la algumas ações poderão ser desencadeadas para iniciar o processo local, como:



- acessar o site da PNH ([www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)) e conhecer suas cartilhas temáticas e o DOCUMENTO BASE que apresenta seus princípios, diretrizes e método;
- iniciar uma discussão sobre os processos de trabalho, seja num grupo formado apenas por trabalhadores, ou desses com o gestor, podendo ter ainda a participação de usuários;
- entrar em contato com outros serviços que já implantaram um ou mais dispositivos da PNH.

A PNH possui um grupo de consultores que apóia essa implantação de forma sistemática nos estados a partir da demanda, por meio de apresentação da política, participação em fóruns para debates, oficinas de formação sobre os dispositivos. Esse apoio institucional se dá em parceria com a instituição que apresentou a demanda à PNH, para construção coletiva da organização do serviço, a partir dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Há também a Rede HumanizaSUS, que agrega usuários, gestores, trabalhadores da saúde de todo o país, preocupados com as discussões em torno do sistema público de saúde.

**Cadastre-se!** Rede HumanizaSUS:

<http://www.redehumanizausus.net>

### **Dispositivos e diretrizes da PNH:**

As diretrizes da PNH são orientações gerais que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através de:

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

Na prática, essas diretrizes para qualificar e humanizar a atenção e gestão na saúde se dão por meio dos dispositivos:

- Grupo de Trabalho de Humanização;
- Câmara Técnica de Humanização;

- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Escuta qualificada;
- Visita aberta e direito a acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador;
- Comunidade Ampliada de Pesquisa,;
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Co-geridos de ambiência;
- Acolhimento com classificação de risco,
- Projeto Terapêutico singular e projeto de saúde coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.
- Ambiência

## **Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) - Síntese em perguntas e respostas -**

Acesso: Área Temática – Humanização - Biblioteca Virtual em Saúde

### **“Dicas em Saúde”**

- a)- pelo Site: [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)  
clique em publicações – acesso à área temática
- b)- pela BVS: [www.saude.gov.bvs](http://www.saude.gov.bvs)

### **Diretrizes PNH**

01. Acolhimento
02. Clínica ampliada
03. Cogestão
04. Defesa dos Direitos do usuário
05. Fomento de grupidades, coletivos e redes
06. Valorização do trabalho e do trabalhador
07. Construção da memória do SUS que dá certo

## **01. Acolhimento**

### **O que é acolhimento?**

Uma das diretrizes da PNH que tem uma importância significativa, na organização dos serviços públicos de saúde, uma vez que: i)- incorpora o aspecto ético (é responsabilidade de toda a equipe) e político (porque é direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado); ii)- apresenta outro modo de se produzir saúde; e iii)- constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. É, portanto, um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Pode-se dizer que uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica.

### **Há necessidade de local e horário determinados, além de profissional específico, para que o serviço de saúde faça acolhimento aos usuários?**

Não, porque acolhimento constitui uma postura ética de toda a equipe, ou seja, trata-se de uma ação que deve ocorrer em todos os locais e em todos os

momentos no serviço de saúde, desde o horário que o usuário chega até a sua saída.

### **Qual a diferença entre triagem e acolhimento?**

Na triagem há seleção de quem será atendido no serviço, ao passo que no acolhimento todas as pessoas são recebidas/acolhidas, que envolve uma escuta qualificada, atendimento, e, se necessário, encaminhamento responsável. O acolhimento não constitui uma etapa do atendimento, pois ele está presente em todas as ações desenvolvidas pelo serviço de saúde.

### **Quais os objetivos do acolhimento?**

Acolher, escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar os riscos e a vulnerabilidade, perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado, além de responsabilizar à equipe para dar uma resposta ao problema/demanda/necessidade do usuário. Prestar um atendimento resolutivo, orientando/encaminhando, quando for o caso, o paciente e a sua família, para outros serviços de saúde, seja para atendimento ou continuidade da assistência.

### **Como implementar o acolhimento no serviço de saúde?**

É importante que a equipe de saúde se reúna, para discutir sobre o atendimento no serviço, a partir de questões iniciais:

- ✓ *Qual o "caminho" percorrido pelo usuário, desde o momento em que ele chega ao serviço de saúde, até quando ele se retira?*
- ✓ *Por onde e como ele entra (acesso)?*
- ✓ *Por quem é recebido (porteiro, auxiliar de enfermagem, vigilante)?*
- ✓ *Quem o atende? (quando há atendimento agendado e quando não há)?*
- ✓ *Para onde ele vai depois do atendimento (seja atendimento individual ou de grupo)?*

Para essas perguntas e para outras que a equipe poderá construir, as respostas mostrarão **como** são realizadas todas as etapas pelas quais o usuário percorre e **como** ele é atendido em cada uma dessas etapas, pelos profissionais envolvidos.

Para a PNH, o **processo de trabalho** dessa equipe está, neste momento, colocado **em análise** e todos perceberão, coletivamente, a necessidade de mudanças. Além dessa análise, revisão cotidiana das práticas de atenção e de gestão e implementação de novas ações, o que necessita ser modificado para que o usuário seja, de fato, acolhido?

- ✓ Ter claro que todos os sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários) são responsáveis pelo/no processo de produção de saúde;
- ✓ Valorizar e estimular o encontro entre profissional de saúde, usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- ✓ Reorganizar o serviço de saúde, a partir da *problematização dos processos de trabalho*, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- ✓ Elaborar projeto terapêutico individual e coletivo, com horizontalização e por linhas de cuidado;
- ✓ Garantir, nesse processo, o acolhimento aos trabalhadores e suas dificuldades, na acolhida à demanda da população;
- ✓ Escutar e se comprometer em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, incluindo sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- ✓ Construir, coletivamente, as propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências, em todos os níveis do sistema.

Acolher se multiplica em inúmeras outras ações e traz a possibilidade de analisar a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde, quanto a:

- formas de organização dos serviços e os processos de trabalho;
- governabilidade das equipes locais;
- humanização das relações em serviço;
- modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- ato da escuta e produção de vínculo como ação terapêutica;
- multi/interdisciplinaridade nas práticas.

E, finalmente, acrescenta-se a necessidade de qualificação de todos os profissionais da equipe, para proporcionar essa escuta qualificada aos usuários, preservando sua rede sócio-familiar. As possibilidades de acolhimento são muitas e o importante é que as melhorias sejam feitas com a participação de toda a equipe que trabalha no serviço.

*Para mais informações acesse a cartilha "Acolhimento nas práticas de produção de saúde", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

## 02. Clínica Ampliada

### O que é clínica ampliada?

É uma ação em saúde, que vai além de um atendimento realizado por um profissional de saúde, que poderá receitar um remédio ou pedir exames para comprovar – ou não – um diagnóstico de uma doença.

Significa, portanto que as pessoas são vistas de forma ampliada e que não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Um hipertenso pode e será diferente de outro hipertenso e caso um deles esteja deprimido, se sentindo isolado ou desempregado, por exemplo, tudo isso interferirá no desenvolvimento da sua doença, uma vez que cada pessoa é única, o que exige que os serviços de saúde o percebam como tal.

### Quais os pressupostos da clínica ampliada?

Todos os profissionais de uma equipe de saúde, ao atenderem um usuário, não esquecem - porque faz parte da conduta profissional - que além do que essa pessoa apresenta de igual às demais pessoas, ela apresenta atitudes e sentimentos diferentes, singulares, e inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.

Esse tipo de atitude da equipe, para além do atendimento, pauta, portanto em:

- ✓ Compromisso radical com a pessoa doente, vendo-o de modo singular;
- ✓ Assumem a responsabilidade sobre todas as pessoas que atendem;
- ✓ Buscam ajuda em outros setores (intersectorialidade), uma vez que o setor saúde não dá conta, sozinho, de atender todas as necessidades do usuário;
- ✓ Reconhecem os seus limites de conhecimento e das tecnologias empregadas no atendimento e assim, buscam outros conhecimentos, ajuda com outros profissionais e em diferentes setores;
- ✓ Assumem compromisso ético profundo.

### Como implementar a clínica ampliada?

A equipe pode começar discutindo um caso, atendido na unidade, uma vez que este possibilita colocar em análise, **o modo** como atendem as pessoas.

- ✓ Estão se deixando levar pelos próprios valores?

O que pode ser ótimo e correto para o profissional, pode contribuir ou estar contribuindo para o adoecimento de um usuário.

- ✓ Estão reforçando os valores “comuns/normais” na sociedade?

O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, essas causalidades externas.

- ✓ Estão percebendo como o usuário se vê “portador do diagnóstico”?

Às vezes, o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento (exemplos são as doenças que produzem discriminação social, e os “diagnósticos” que paralisam a ação de saúde, em vez de desencadeá-la). Cabe à clínica ampliada, não assumir como *normal* essas situações, principalmente quando comprometem o tratamento.

- ✓ Estão produzindo autonomia para/com o usuário?

Incentivar e capacitar o usuário, como por exemplo, para administrar a insulina em sua casa, preservando os cuidados básicos, é produzir autonomia do sujeito.

- ✓ Estão atentos e incentivando o usuário a viver, apesar da doença e independente do grau de limitação que lhe provoca?

Há pessoas que conseguem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites, fazendo-as sozinhas. Elas “aproveitam” para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas elas encontram no sofrimento, e apesar dele, uma nova possibilidade de vida. Outras precisam de algum tipo de ajuda para fazer isto.

Portanto, a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de vivenciar outras coisas na sua vida.

### **Alguns subsídios para a efetivação da clínica ampliada**

- **Escuta**

Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e/ou para o tratamento. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, mas sim, do sujeito doente também.

- **Vínculo e afetos**

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos, para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

- **Muito ajuda quem não atrapalha**

Infelizmente, o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Ocorre, entretanto e com relativa frequência, o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles oferecem riscos à saúde e tem limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios.

O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento e para não iludir as pessoas.

- **Evitar recomendações pastorais e culpabilizantes**

É importante que a equipe produza corresponsabilidade, e não culpa. A culpa provoca anestesia, gera resistência e pode humilhar. Muitas vezes entra uma forma inconsciente, da equipe, de lidar com as limitações do tratamento transferindo o ônus de um possível fracasso, para o usuário.

- **Negociar restrições sem rancor e levar em conta os investimentos do doente**

Muitas vezes, a equipe acreditando que uma determinada forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os usuários sobre o que fazer e evitar. Fala-se muito e escuta-se pouco, e quando os usuários encontram dificuldades de seguir “as ordens” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso.

- **Trabalhar com ofertas e não apenas com restrições**

As mudanças de hábitos podem ser encaradas como ofertas de experiências novas e não apenas como restrições. Se admitirmos que o jeito normal de viver a vida é apenas mais um, e não o único, e que as descobertas podem ser interessantes, fica mais fácil construir *conjuntamente*, propostas aceitáveis.

- **Especificar ofertas para cada sujeito**

Se um usuário ama a atividade X ou a comida Y que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por ali. Especificar os Projetos Terapêuticos significa procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história.

- **Evitar iniciar consultas questionando aferições e comportamentos. Valorizar a qualidade de vida**

Ao lidar com pessoas portadoras de doenças crônicas tem se observado que não é eficiente começar os encontros com perguntas sobre a doença (comeu? não comeu? tomou remédio?) ou infantilizantes (fez tudo direitinho? tomou os remédios



no horário certinho?). Fazer do encontro um momento diferente, valorizando ações que produzem qualidade de vida mostrará ao usuário o que queremos: ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso às nossas propostas.

- **Perguntar o que o usuário entendeu do que foi dito: sobre sua doença e sobre a medicação**

A linguagem dos profissionais de saúde nem sempre é compreensível, portanto habituar-se a perguntar ao usuário sobre o que foi dito, o que ouviu sobre sua doença, medicação prescrita ou mesmo exames que foram solicitados, ajuda muito. É importante também ouvir, na opinião do usuário, quais as causas da sua doença.

- **Evitar assustar o usuário**

Existem forças internas, como os desejos (por uma comida que considere especial, uma atividade importante) e existem forças externas, como a cultura, definindo papéis sociais e hábitos de vida. Portanto, assustar o usuário é uma ação pouco eficaz que poderá, tanto levar a pessoa a uma dependência do serviço quanto à resistência ao tratamento, o que não significa deixar de apresentar os possíveis riscos relacionados à sua doença.

Dessa forma, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos, muito melhores, com a participação das pessoas envolvidas, ou seja, o usuário e sua rede sócio-familiar.

*Para mais informações acesse a cartilha "Clínica ampliada e compartilhada", no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)*

### **03. Cogestão**

É um campo de ação humana, que visa coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano, para a obtenção de fins, metas e objetivos.

#### **Qual o objeto da gestão?**

O trabalho humano, que disposto sob o tempo e guiado por finalidades, realiza tanto a missão das organizações quanto os interesses dos trabalhadores. Não havendo esta coincidência (de visar tanto a organização quanto os trabalhadores), o objeto torna-se *os conflitos*, gerados por uma gestão unilateral,

hierárquica e, conseqüentemente autoritária e promotora de adoecimento dos trabalhadores.

### **Como a gestão tem sido realizada usualmente, nas organizações de saúde?**

O trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses das instituições, mediante, de um lado, a necessidade de trabalhar (condição *sine qua non* de sua reprodutibilidade) e de outro, o exercício do controle de suas vontades.

### **Como esta forma de gestão percebe e trata o trabalhador?**

Os trabalhadores não possuem condição de conduzir seu próprio trabalho, pela simples falta de capacidade de gestão, ou seja, de condução da organização, por isso os isola em postos de execução, cuja definição encontra-se em níveis técnicos intermediários, responsáveis pela formulação, planejamento, controle e avaliação. Os trabalhadores necessitam de supervisão, controle e estímulos (financeiros, morais, etc.) para produzir, para realizar as tarefas, lógica (taylorista, fordista), que ainda permanece no cotidiano do trabalho contemporâneo, em que pese um conjunto de novas teorias e metodologias, que surgiram no decorrer do século XX.

Nessa tradição, a gestão, em tese, cumpre a função de manter a organização produzindo e em pleno funcionamento. Espaço de acionamento dos meios e do trabalho humano (então chamados recursos humanos = RH), para os fins da organização. Espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador.

### **O que tem produzido, no trabalhador, este modelo de gestão?**

- ✓ pela "incapacidade" de realização, uma "infantilização" dos trabalhadores;
- ✓ por ser podado de processos de criação, o trabalho torna-se um lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado por outra pessoa e em outro lugar;
- ✓ pela fragmentação dos processos de trabalho, os trabalhadores desconhecem o todo da tarefa e por isso o seu sentido é desconhecido;
- ✓ pelo trabalho seriado, alienação, renúncia à criação e o adoecimento;

E como espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador, este executa as ações que levam a organização a atingir seus objetivos, metas e missão, ou seja, este modelo serve para manter a organização produzindo e em funcionamento.

### ***Qual o sentido do trabalho para a PNH?***

O trabalho faz parte da criação do homem. O trabalho sempre será uma mistura de espaço de criação com repetição; espaço de exercício da vontade com constrangimento; trabalho para si e trabalho demandado do/pelo outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas).

O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível.

Considerando que nos serviços públicos de saúde ainda são poucos os espaços em que as experiências são discutidas e compartilhadas, a luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético, que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos, sobre a vida de todos e de cada um.

A proposta da Política Nacional de Humanização é buscar uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, nos guiando sempre pelas experiências que têm promovido saúde, nesta perspectiva. As organizações de saúde, portanto devem se constituir como espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

### ***Qual o sentido de gestão para a PNH?***

A gestão não é um lugar ou um espaço ou um campo de ação exclusiva de especialistas, portanto permite a inclusão dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho (gestores, trabalhadores e usuários).

Há, portanto outro modo de fazer as mudanças na saúde, considerando esses sujeitos mais livres para a criação, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde (cogestão).

Em outras palavras, a cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão), exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que "todos são gestores de seus processos de trabalho".

## **Quais resultados esta outra forma de gestão traz para a produção de saúde?**

A ampliação da implicação e corresponsabilização do cuidado, uma vez que as definições, na forma da produção de tarefas, serão coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos e não de imposições sobre eles.

De outra parte, maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultará em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estará ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

## **Como implementar a cogestão nos serviços de saúde?**

Implementar ações em serviços de saúde exige reunião para discussão, análise, divisão de responsabilidades, compartilhamento, participação e consenso.

A cogestão, como dito acima, inclui novas pessoas para fazer a gestão, o que significa a inclusão de novas funções e novas tarefas. Significa compartilhar poder, conflitos e responsabilidades.

A equipe, em várias reuniões, uma vez que o assunto não se esgota em um único encontro, realiza suas discussões e pactuações, tomando para si a organização do espaço coletivo de gestão, que permite o acordo entre desejos e interesses, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores. Quando ocorre essa trílice inclusão, cada um "leva" consigo os desejos, o olhar, os valores, a avaliação que tem do SUS, portanto os conflitos e as disputas de poder e de saber irão aflorar, mas, o importante é que o grupo, nesses momentos, despersonalize as questões levando-as para o objetivo comum, que é a efetivação dos princípios e diretrizes de SUS, sob um novo modo, aqui proposto pela PNH.

Necessário lembrar sobre a necessidade de se criar mecanismos que garantam uma participação ativa dos usuários e familiares no cotidiano do serviço, com a perspectiva de garantir os direitos que lhes são assegurados e também o avanço no compartilhamento e corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral.

Pactuar dias, horários e pautas das reuniões e quando se fizer necessário, reunião extraordinária, para tomada de decisões, pois é processo.

É o método do aprender-fazendo.

*Para mais informações acesse a cartilha "Gestão Participativa e Cogestão", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)

## 04. Defesa dos direitos do usuário

A 1ª “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” foi publicada em 2006 (Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006) e amplamente divulgada em dois formatos: texto (para gestores e trabalhadores) e ilustrada (para usuários).

A 2ª Carta, uma revisão da anterior, ainda se encontra em formato de Portaria (Portaria GM/MS nº 1820, de 13 de agosto de 2009), que pode ser acessada no Portal do MS: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

À medida que os artigos da atual Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde são apresentados, alguns princípios, algumas diretrizes e alguns dispositivos da Política Nacional de Humanização são identificados, associativamente, o que demonstra os modos da política contribuir pela/com a garantia dos direitos dos usuários da saúde, em que pese não serem excluídos os demais.

**Artigo 1º** - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, nos termos da legislação vigente.

**Artigo 2º** - Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

*Diretriz PNH: Redes de Produção de Saúde*

Todo cidadão deve dispor de uma rede de atenção à saúde, composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se organiza num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde.

Os serviços de saúde da atenção básica/estratégia saúde da família, próximos à sua casa, que deverão se constituir como acesso prioritário.

O ambulatório de especialidades, os centros de atenção psicossocial e o hospital, que se comprometem nessa rede, articulada pelo cuidado, segundo as necessidades de saúde e levando-se em consideração os critérios de vulnerabilidade, risco e condição de sofrimento.

Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço da rede de saúde deverá receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

Para a PNH, "Rede", como estratégia indispensável que permita criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença; que garanta a ampliação da cobertura em saúde acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes; que construa a integralidade da atenção.

São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais, que fazem com que as redes de atenção à saúde sejam sempre produtoras de saúde num dado território, ou seja, não apenas a rede SUS, mas esta, também conectada às demais redes sociais (educação, habitação, cultura, etc.).

**Artigo 3º** - Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo, para resolver o seu problema de saúde.

*Diretriz PNH: Clínica Ampliada*

Tratar é mais que eliminar sintomas. É atentar para a qualidade de vida do usuário e ampliar a compreensão do que seja saúde em cada circunstância e para cada sujeito ou comunidade.

Para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que a pessoa apresenta de "igual às demais", o que ele apresenta "de diferente", atitudes e sentimentos diferentes, singulares e, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo, ou seja, *as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.*

A clínica ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar e ao contrário: busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. A clínica se amplia, portanto quando é resolutiva, ao incluir as dimensões social, biológica e subjetiva da pessoa e quando se faz compondo os diferentes saberes profissionais, leigos e de tradição coletiva.

**Artigo 4º** - Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

*Diretrizes PNH: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Ambiência; Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde*

Acolhimento - O cuidado humanizado pressupõe acolhimento, como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de *inclusão*.

Acolher é a atitude de incluir o outro em sua *singularidade*, portanto um *bom encontro* que faz *vínculo*.

O acolhimento, como diretriz em qualquer serviço de saúde, é um contrato ético (responsabilidade de toda a equipe em no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida); estético (porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a *invenção de estratégias* que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade); e político (porque implica o *compromisso coletivo* de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros, direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado). Portanto, respeito às necessidades e demandas dos usuários, resolutividade e compromisso, uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica.

Ambiência – Para a PNH, ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas, em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

A ambiência, sob esse aspecto, segue primordialmente três eixos: 1)- visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; 2)- possibilita o encontro de sujeitos e 3)- uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde - Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos.

A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo o trabalho humano. Nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo, mas pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado.

Para a PNH, promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos.

A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento.

**Artigo 5º** - Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.

Diretriz PNH: Direitos dos Usuários da Saúde

A rede de atenção à saúde deverá garantir/reconhecer os direitos dos usuários, como por exemplo, receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social; procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento; acesso ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio.

**Artigo 6º** - Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Princípio PNH: Autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho

Diretriz PNH: Clínica ampliada e compartilhada

Para a PNH, autonomia e protagonismo dos sujeitos traduz a capacidade de criação e o saber de cada um no processo de construção coletiva de novos modos de se relacionar no trabalho, ou seja, autonomia como capacidade de agir deliberado, produzido pelas capacidades de cada um, de seus desejos, interesses e necessidades. No entanto, uma autonomia relativa, porque toda autonomia resulta também da confluência de elementos e definições de outros planos, desde o inconsciente, passando pelo acaso, indo até o plano das determinações sócio-econômicas, políticas e culturais, o que significa, autonomia como resultado de um plano singular *entre a vontade do sujeito e as forças que sobre ele agem no plano da História*.

O SUS coloca lado a lado trabalhadores, usuários e gestores, como sujeitos de direitos e de deveres, portanto o trabalho em saúde também é marcado pelo contato entre usuários do serviço e trabalhadores, que possuem histórias de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes.

Escutar o usuário significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos.



Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

*Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser "resolvido", na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento.*

Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todas as pessoas, a depender do tipo de serviço de saúde, mas é possível escolher quem precisa mais e é possível "temperar os encontros clínicos com estas frestas de vida".

Por conseguinte, a atividade do trabalho é então submetida a uma regulação que se efetiva na cooperação entre trabalhadores e usuários, estes últimos, corresponsáveis no processo de produção de saúde/produção de sujeitos (cogestão do cuidado), em defesa da vida.

**Artigo 7º** - Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

Diretriz PNH: Direitos dos usuários da saúde

Os serviços que compõem a rede de atenção à saúde garantirão o direito dos usuários à informação, como:

- ✓ o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS (endereços, telefones, horários de funcionamento, ações e procedimentos disponíveis, nome do responsável pelo serviço, nomes dos profissionais, horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço);
- ✓ os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;
- ✓ as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- ✓ a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

E os conselhos de saúde deverão informar à população sobre as formas de participação, composição do conselho de saúde, regimento interno dos conselhos,

conferências de Saúde, data, local e pauta das reuniões; e deliberações e ações desencadeadas.

**Artigo 8º** - Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

*Diretrizes PNH: Direitos dos usuários da saúde; Gestão participativa e cogestão.*

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal - *a participação social - na perspectiva de democratizar a gestão da saúde.*

Cabe à rede de atenção à saúde incentivar e implementar formas de participação de trabalhadores e de usuários nas instâncias gestoras do SUS e participação no controle social do SUS, seja no papel de representar ou de ser representado nesses espaços.

Para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

As representações dos usuários e dos trabalhadores nesses Conselhos devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua *atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.*

Ainda segundo a Lei nº 8.142, as *Conferências de Saúde* (Nacional, Estaduais e Municipais) são espaços estratégicos de participação social.

Além dos Conselhos e Conferências, os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. Trata-se da *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)* no âmbito nacional e nos estados as *Comissões Intergestores Bipartites (CIB)*, com representações dos municípios e do estado. Estas Comissões são também lugares importantes de *exercício de gestão compartilhada e participativa*, muito embora reúnam gestores, os quais então definem de forma mais corresponsabilizada os encargos sanitários.

E também, como espaços de escuta - as ouvidorias - atualmente em expansão sendo expandidas para os trabalhadores.

Para a PNH, a participação social não deve ficar restrita a essas instâncias formalizadas, para uma participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais tem sido ampliada gradativamente, ainda que os trabalhadores da saúde tenham participado pouco

das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode parecer uma atuação difícil, complexa ou até mesmo dificultada, nesse caso tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa.

Uma das diretrizes da PNH é a gestão participativa e cogestão, expressões de democratização das instituições de saúde. Modo de gestão que incluiu novos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no processo de análise e de tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de cogestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos. A construção de uma gestão participativa dos processos de planejamento, execução e avaliação da gestão e do cuidado representa, portanto uma abertura à corresponsabilização de todos os atores da saúde na qualificação do SUS.

**Artigo 9º** - Os direitos e deveres dispostos nesta Portaria constituem a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde.

**Artigo 10** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Artigo 11** - Fica revogada a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63 de 31 de março de 2006, seção 1, página 131.

*Para mais informações acesse:*

*"Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS", no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)*

*"Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde" - Portaria GM/MS nº 1820, de 13 de agosto de 2009, no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)*

## **05. Fomento de grupalidades, de coletivos e de redes**

### **Grupalidade**

Ninguém nasceu para viver sozinho. Prova disso é que no nosso dia-a-dia temos inúmeras oportunidades de relacionamentos: com familiares, amigos, colegas de escola, de trabalho, grupos de estudos, religiosos, vizinhos, etc.

## **Qual o conceito de grupo?**

*"Pessoas que se encontram por necessidades semelhantes. No decorrer do tempo e do desenvolvimento das tarefas, deixam de ser um amontoado de indivíduos e cada um passa a se assumir como integrante de um grupo" - Pichon-Riviere*

*"Um conjunto de três pessoas, como também uma família, uma turminha ou gangue de formação espontânea, uma composição artificial como uma escola ou grupo terapêutico, uma fila de ônibus, um auditório, uma torcida num estádio, uma multidão num comício" - Zimmerman*

*"Uma entidade moral, dotada de finalidade, existência e dinamismo próprios, distintas da soma de indivíduos que a constituem, mas intimamente dependentes das relações estabelecidas entre estes diferentes indivíduos" - Jean-Marie Aubry*

*"Uma coleção de pessoas é um grupo quando atividades se relacionam mutuamente, de forma sistemática, para um determinado fim. Um grupo deve ser concebido como um sistema cujas partes se inter-relacionam" - Judy Gahagan*

*"Grupo é uma configuração social intermediária que articula a realidade da esfera do indivíduo com as demais dinâmicas macrosociais" - Fonseca*

*"Conjunto de pessoas que são interdependentes na tentativa de realização e objetivos comuns e visam a um relacionamento interpessoal satisfatório" - Minicucci*

*"O grupo é como um rio que tem força e vida próprias. O facilitador segue junto com ele, aproveitando suas correntes e facilitando a descoberta de riquezas submersas. Porém, por mais que mergulhe nessas águas não esgota seus mistérios" - Madalena Freire*

*"O ser humano é gregário, e ele só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais" - Zimmerman*

## **Por que trabalhar com grupo?**

No grupo que as pessoas reconhecem o igual e o diferente, as limitações e as possibilidades, as simpatias e as antipatias, os afetos e os desafetos, tendo que

aprender a lidar com essas questões, suportando frustrações, compartilhando sentimentos e comunicando-se. Um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos e sua relação com os respectivos subgrupos se constituem em uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade.

*"No grupo, duas ou mais pessoas se relacionam para uma finalidade específica e consideram a relação significativa" - Moscovici*

*"Método de relacionamento humano baseado na abertura e honestidade, consciência de si mesmo, responsabilidade por si mesmo, percepção alerta do corpo, atenção nos sentimentos e ênfase no aqui e agora" - Schutz*

### **Há distintos papéis em um grupo?**

Sim. As pessoas desempenham vários papéis: líder da mudança, líder da resistência, sabotador, silencioso, porta-voz, entre outros.

### **Qual o papel do coordenador do grupo?**

O coordenador é um catalisador, que promove e facilita a circulação da palavra; apóia os indivíduos e o processo grupal; favorece a circulação dos papéis no grupo e estimula a formação de vínculo.

### **Como se define o que é vínculo?**

Vínculo é a ligação, a relação, os laços construídos na convivência dos grupos, promove a confiança e favorece o respeito. Pelo vínculo as pessoas interagem, constroem e reconstróem suas possibilidades.

### **Qual o papel do grupo no trabalho?**

- 1- Criar um Projeto: Objeto (problema); Esboço de meios; Objetivos; Dados de planejamento + gestão cotidiana;
- 2- Identificação dos SUJEITOS e Organizações potencialmente implicados com o Projeto
- 3- Criação de RODAS – Espaços Coletivos entre Sujeitos
- 4- Construção dos TEMAS e diagnóstico: problemas prioritários a serem enfrentados - –OFERTA/ DEMANDA
- 5- Construção de CONTRATOS e estabelecimento de COMPROMISSOS: papéis e responsabilidades; sistema de comunicação
- 6- Definir TAREFA, intervenção e prazos

**7- AVALIAÇÃO** constante e **ANÁLISE** de resultados. Redefinição de objetivos, diagnóstico e tarefas

### **Como a PNH define "grupo"?**

*"É assim que entendemos grupo: um dispositivo que põe a funcionar máquinas de desmanchamento do "indivíduo" que nós somos, que acionam movimentos no que deixamos de ser no encontro com a alteridade que nos avizinha e no deslizar pela superfície daquilo que estamos em via de diferir e nos tornar" - Regina Benevides*

### **Como a PNH define "grupalidade"?**

Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

## **Coletivo**

### **O que é coletivo?**

O termo eventualmente é utilizado para se referir a grupos de pessoas que assumem uma mesma orientação política, artística e/ou estética e reúnem-se em associações (normalmente de caráter informal) conhecidas como *coletivos*.

### **Como a PNH traduz, no concreto, o termo "coletivo"?**

Desde 2003, quando foi lançada pelo Ministério da Saúde, a PNH tem demonstrado, por meio de seus dispositivos implementados nos serviços públicos de saúde e pela sua vivência interna, que todo processo de trabalho só é democrático se construído pelo coletivo, que é constituído pelos atores e autores desse processo.

Em setembro de 2005, com base em seus aportes teórico-metodológicos, essa aposta no coletivo se materializou de forma mais expressiva, quando todas as pessoas que compunham o grupo da política se organizaram em coletivos, com funções e responsabilidades específicas.

A revisão do arranjo organizativo de gestão da PNH mantém os princípios de democratização, descentralização, construção coletiva (coanálise, codecisão e

coavaliação) e transversalização/capilarização de todo processo. Para tanto, o **Coletivo Nacional** (todo o grupo que compõe a política) torna-se espaço maior de formulação, definição de prioridades, diretrizes, decisões estratégicas e avaliação de resultados.

A gestão colegiada avança e resulta na criação do **Núcleo Gestor** (coordenação técnico-política da PNH), composto pelo coordenador, um consultor e dois trabalhadores do Núcleo Técnico (NT), com papel de articular, instituir e dar visibilidade à implementação da política nos vários espaços do SUS.

Posteriormente, o Núcleo Gestor avalia o modo de funcionamento da PNH e apesar dos arranjos e da pactuação para fortalecer a co-gestão, verifica-se - entre as dificuldades detectadas no período - a pouca comunicação entre o grupo. O processo de trabalho é colocado em análise e detecta-se a necessidade de: i) aumentar a grupalização; ii) definir melhor o papel/atribuição de todos os profissionais do Coletivo Nacional.

O plano de ação da PNH para 2006, proposto pelo Colegiado Gestor Nacional, se efetivará "com o desempenho de profissionais com responsabilidades e papéis diferenciados, algumas vezes agrupados em coletivos e, nos demais sob a responsabilidade dos integrantes da PNH":

**Coletivo Nacional:** Composto por todos os integrantes da PNH. É o espaço maior de formulação, definição de prioridades, diretrizes, decisões estratégicas e avaliação de resultados.

**Coordenação Nacional:** Com o papel de coordenar a política, articular/negociar nos espaços intra-ministerial, inter-institucional e com a sociedade civil, a implementação da PNH.

**Colegiado Gestor Nacional:** Constituído pelo coordenador nacional, gerência financeira, coordenadores regionais e o representante do NT. Papel de apoio institucional à Coordenação Nacional e representá-la em reuniões/eventos considerados estratégicos.

**Coletivo Regional:** Fórum considerado espaço de elaboração e gestão dos projetos regionais, aprofundamento de discussão e troca de experiências. O coordenador - indicado por consenso entre coordenação nacional e consultores da região - tem o papel de articular/negociar a implantação/implementação das ações da PNH nos espaços regional e/ou estadual e estabelecer interlocução com a Coordenação Nacional.

As regionais não seguirão à divisão geo-administrativa, mas o referencial será a dimensão do trabalho e nesse momento os arranjos indicados são:

1. Região Centro-Oeste
2. Região Nordeste I (Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Sergipe)

3. Região Nordeste II (Ceará, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte)
4. Região Norte
5. Região Sudeste I (São Paulo)
6. Região Sudeste II (Espírito Santo e Rio de Janeiro)
7. Região Sudeste III (Minas Gerais)
8. Região Sul

**Coletivo de Consultores Matriciais:** O trabalho do consultor consiste em ser referência para determinado tema/dispositivo (apoio matricial) e atuar como apoiador loco-regional, que exige, para este desempenho, um mix de conhecimentos/habilidades. Ser “generalista” e “especialista” no SUS, em políticas públicas de saúde e métodos de intervenção em coletivos, ou seja, o trabalho de consultoria matricial consiste em: apoiar as ações regionais que exigem saber-especialidade em conteúdos e métodos específicos; atuar no âmbito nacional em ações consideradas tático-estratégicas e moderar oficinas regionais, quando solicitados pela consultoria regional.

**Coletivo MS/Núcleo Técnico:** Constituído por técnicos, trabalhadores de apoio administrativo e o Coordenador Nacional. Papel de desempenhar ações técnico-político-administrativas intra-ministerial, interinstitucionais do SUS, articular com a sociedade civil, além de assessorar a coordenação nacional e consultores.

Posteriormente, após análise do coletivo Nacional PNH, extinguiu-se o *coletivo de consultores matriciais*, vinculando-os aos coletivos regionais. Mas, pela expertise em determinados temas (exemplo: acolhimento e classificação de risco, ambiência, visita aberta, saúde e trabalho) continuam apoiando os planos regionais.

## Rede

### **Como o conceito de rede “chegou” ao setor saúde?**

A partir da Constituição Federal de 1988, o *processo saúde-doença passou a ser entendido/utilizado como produto e produtor de uma complexa rede*, uma produção social composta de múltiplos fatores.

E, portanto *saúde é produção social, resultado de complexas redes causais* que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral, ou seja, a saúde resulta da capacidade de a sociedade produzir regras, modos de viver em que prevaleçam o interesse e o bem comum.



Junto com esta noção ampliada de saúde, a saúde foi afirmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em *redes regionalizadas e descentralizadas*.

E a construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável para permitir a criação de múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. Uma rede homogênea - um grupo de serviços semelhantes - por exemplo, rede de atenção básica de saúde, rede de saúde mental, rede hospitalar, etc. ou uma rede heterogênea - rede transversal - que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos e políticas num dado território.

### **Como se constitui uma rede de atenção à saúde?**

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõem num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os "nós de uma rede": unidade básica de saúde, hospital geral, centro de atenção psicossocial, conselho municipal de saúde, etc.

### **Como a PNH percebe a rede de atenção à saúde?**

Para a PNH, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico, o que leva colocar em questão:

- como esses serviços estão se relacionando?
- qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços?
- que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços?

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes.

Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais, que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território.

### **Como implementar uma rede de atenção à saúde?**

Para a PNH, organizar uma rede de atenção à saúde deverá ser a partir da Atenção Básica, menor unidade-fração do território sanitário e de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde, que envolve construir e definir, de forma inequívoca, a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, o que significa definir quem é responsável pelo quê e com que condições concretas contam para arcar com encargos sanitários. Produção de ações comuns, de forma partilhada e corresponsabilizada, com acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados da ação intersetorial.

A construção de redes regionalizadas de atenção à saúde pode fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação, contribuindo para a diminuição das iniquidades, bem como ampliando o grau de cogestão entre distintos atores, por meio de pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes, sobre a produção de saúde em uma dada região. Quando isto não é possível, a cooperação entre gestores e construção de redes regionalizadas é fundamental já que muitos municípios são pequenos e não tem como garantir acesso a toda tecnologia disponível para qualificar a vida.

Exemplo: "Territórios da Cidadania" iniciativa que busca integrar, em territórios construídos pela sobreposição e articulação de mapas de várias políticas, ações de áreas e setores que, em contato com outras percepções e proposições, acabam se modificando e se interferindo mutuamente. Além disso, os próprios limites e contornos territoriais das políticas setoriais acabam se modificando em decorrência dessa dinâmica integrativa, uma vez que cada política exercita critérios próprios na construção de recortes geográficos. O território das ações intersetoriais passa a ser, assim, aquele onde a ação ocorre de forma concreta, onde as práticas são realizadas, o que não implica em abdicar de recortes específicos de cada área ou política. Os problemas e desafios são produzidos em redes complexas e, por esta razão, exigem compreensões ampliadas e intervenções intersetoriais, articulando distintos territórios de saberes e práticas.

A PNH encontrou nas experiências do "SUS que dá certo" os princípios e diretrizes norteadores para suas ações, sugerindo arranjos e dispositivos capazes de fomentar redes cooperativas que superem o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção.

*Para mais informações, sobre redes, acesse a cartilha "Redes de Produção de Saúde", no link abaixo:*

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)

## 06. Valorização do trabalho e dos trabalhadores

### **Como o trabalho se organiza, usualmente, nos serviços de saúde?**

Ainda são poucos os serviços de saúde que funcionam como espaços coletivos, onde as experiências são discutidas e compartilhadas. E a quase inexistência desses, ainda se somam outros problemas, como o trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, o valor atribuído ao trabalhador por parte da população e do governo, a gestão centralizada, etc., que produzem adoecimento.

A luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético constante, que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre a vida de todos e de cada um.

### **Como a PNH caracteriza o trabalho?**

O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas que possuem características distintas e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. Não é apenas o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho, uma vez que ele inclui o esforço que se despende no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível.

No processo de trabalho, o trabalhador usa de si por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam os saberes de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades.

Trabalhar é gerir. Gerir-criar junto com os outros e a criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar.

### **Quais as especificidades do trabalho em saúde, para que este promova a valorização dos trabalhadores?**

O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos e, se saúde é entendida como a capacidade de lidar com as variabilidades do meio e criar novas normas de vida, pode-se afirmar que, quando o trabalho limita essa capacidade, a chance de adoecer é maior.

Portanto, as organizações de saúde deveriam ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários,

uma vez que promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando os espaços para debates coletivos.

O trabalho em saúde também é marcado pelo contato com os usuários do serviço e com os trabalhadores, que possuem histórias de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes. Portanto, a atividade do trabalho é submetida a uma regulação que se efetiva na cooperação entre trabalhadores e usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista.

Além das diferenças entre os próprios trabalhadores, existem as diferenças entre as profissões (enfermeiro, psicólogo, médico, etc.), entre os locais de trabalho (uma unidade básica de saúde e um hospital), entre as localidades (um hospital em Brasília e um hospital em Taguatinga), entre os horários de trabalho (trabalho diário e em regime de plantão).

O trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Essa metáfora demonstra a grande interdependência do trabalho em saúde. Ela é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais, quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços.

Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita esse diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde, uma vez que gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento.

Como uma das diretrizes da PNH – trabalho e dos trabalhadores da saúde – esta afirma a importância de dar visibilidade à produção de saberes dos trabalhadores em suas atividades cotidianas e aposta na produção de grupos e coletivos, com ampla capacidade de analisar os processos de trabalho e propor mudanças que qualifiquem seu próprio trabalho.

Essa forma de valorização aponta para a construção de sujeitos e coletivos autônomos e protagonistas, corresponsáveis pela atenção, gestão, eficácia e eficiência do SUS.

*Para mais informações acesse a cartilha "Trabalho e redes de Saúde", no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho\\_redes\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf)*

## 07. Construção da memória do SUS que dá certo

### Memória

Conceito tão ligado à história, que se confunde com ela e ao mesmo tempo cria-se a partir dela. Para alguns, a antecede. As relações entre memória e história, e o conjunto de atos individuais e coletivos que lhes dão materialidade e espessura política, delimitam um amplo espectro de abordagens historiográficas. Contudo, tais abordagens dependem de um refinamento teórico e metodológico dos significados que esses dois conceitos podem assumir.

Pensadas como ferramentas analíticas, as noções de *memória* e *história* são articuladas para dar conta dos processos sociais relativos à interpretação do passado, à construção de biografias, à reflexão sobre o lugar da disciplina a que chamamos de História nas Ciências Humanas, à construção de identidades e à compreensão dos movimentos.

### Memória é matéria prima do trabalho do historiador

A discussão sobre a relação entre História e Memória é um dos grandes debates teóricos que atravessa várias gerações de historiadores, pois envolve os objetivos e fundamentos do trabalho histórico.

Atualmente, a maioria dos autores concorda que a memória não pode ser vista simplesmente como um processo parcial e limitado de lembrar fatos passados, de importância secundária para as ciências humanas. Trata-se da construção de referenciais sobre o passado e o presente de diferentes grupos sociais, ancorados nas tradições e intimamente associados a mudanças culturais. Há também um consenso de que a história não tem mais a pretensão de estabelecer os fatos como realmente aconteceram. No entanto, persiste uma série de diferenças com relação a *como considerar a memória para a construção de uma interpretação histórica*. Mesmo sem haver uma resposta definitiva, uma maneira de entender a problemática é retornar o desenvolvimento do estudo da História e como foi sendo considerada a utilização de fontes tidas como registros memorialistas, como as fontes orais, ao longo do tempo.

Importante acrescentar que memórias que não são apenas um retorno a um passado imutável, mas que, ao serem narradas, lembradas e relembradas, adquirem novos contornos que podem ajudar a repensar o presente em que se vive e o futuro que se planeja.

Memórias que surgem a partir de fotografias, documentos, cartas e, principalmente, da história das pessoas do lugar.

A recuperação da memória pode ser realizada por meio da história oral, ou seja, da história contada pelas próprias pessoas e permite que estas pessoas apareçam como sujeitos dessa mesma história. Nesse processo, não são mais "heróis, autoridades e fatos marcantes" que fazem a história, mas as pessoas comuns e seu cotidiano comum. A experiência de lembrar em conjunto, isto é, o ato de compartilhar a memória, é um trabalho que constrói sólidas pontes de relacionamento entre os indivíduos. E para a PNH, a memória de um SUS que dá certo tem sido realizada, utilizando-se de fotos e narrativas, pelos protagonistas desse sistema que são os trabalhadores, usuários e gestores.

**Como a PNH pretende efetivar a *construção da memória do SUS que dá certo*?**

Encontra-se em processo de construção coletiva, uma **cartilha**, que constará informações teórico-metodológicas quanto às formas de registro, fotodocumentação, entrevistas e narrativas, ou seja, uma cartografia de um Sistema Único de Saúde criado pela Constituição de 1988, 22 anos passados. Apesar dos desafios enfrentados e a enfrentar, há muitos avanços que devem, podem e merecem ser divulgados, pois constituem o retrato deste SUS que a PNH, em diversas ações, também tem contribuído para sua efetivação.

## **Dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) - Síntese em perguntas e respostas -**

Acesso: Área Temática – Humanização - Biblioteca Virtual em Saúde

### **“Dicas em Saúde”**

a)- pelo Site: [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)

clicar em publicações – acesso à área temática

b)- pela BVS: [www.saude.gov.bvs](http://www.saude.gov.bvs)

### **Dispositivos PNH**

01. Acolhimento e Classificação de Risco (ACR)
02. Colegiado Gestor
03. Contrato de Gestão
04. Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
05. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
06. Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
07. Projeto memória do SUS que dá certo
08. Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva
09. Projetos co-geridos de ambiência
10. Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
11. Visita aberta e Direito a acompanhante

### **01. Acolhimento e Classificação de Risco (ACR)**

#### **O que significa acolhimento nos serviços de saúde?**

Tradicionalmente, a noção de acolhimento se restringiu a uma atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que seriam atendidos pelo serviço, naquele momento.

Para a PNH, o acolhimento na porta de entrada de um serviço de saúde só ganha sentido se o entendermos como *parte do processo de produção de saúde*, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer *encontro* no serviço de saúde. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um "*estar com*" e "*perto de*", ou seja, uma atitude de *inclusão*, de estar em relação com algo ou alguém.

O acolhimento como diretriz é construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a *atender a todos que procuram os serviços de saúde*, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e quando for o caso, de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços e requer o estabelecimento de articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução.

Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.

### **O que é acolhimento e classificação de risco?**

É um dispositivo (modo de fazer) da PNH utilizado para a organização da "fila de espera" nos serviços de saúde, uma vez que a não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

Além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua



do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Importante acentuar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento, entretanto, nas "portas de entrada", os serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local.

### **Como implementar o acolhimento e classificação de risco?**

Todas as pessoas que buscam o serviço são atendidas, mas aquelas que precisam mais (pessoas que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade, que tem maior risco de agravamento do quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estejam mais frágeis) terão prioridade no atendimento. Dessa forma, muda-se a lógica do serviço do atendimento, que deixa de ser por ordem de chegada e passa a ser por maior necessidade.

Mas, a realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência, uma vez que a implementação desse dispositivo exige pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros, por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção à saúde.

O acolhimento e classificação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micro-políticas.

### **Como identificar as pessoas, na porta de entrada de um serviço de urgência/emergência, que precisam ser atendidas primeiramente?**

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

É importante acrescentar que a avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada uma prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, pois o usuário e sua rede social também devem ser considerados neste processo.

## **Quem faz a classificação de risco?**

A classificação de risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos, em conjunto, com os médicos e demais profissionais da equipe. Não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define **como** será o atendimento, baseado no risco.

## **Como a ambiência se integra à classificação de risco?**

A ambiência é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

São 02 eixos:

- ✓ **eixo vermelho - do paciente grave, com risco de morte;**
- ✓ **eixo azul - do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência.**

### **EIXO VERMELHO**

**a) Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;**

**b) Área Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos).**

**c) Área Verde: composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.**

### **EIXO AZUL**

Esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização.

**a) Plano 1:** espaços para o acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolhimento, que pressupõe espaços de encontros, espaços de escuta e de recepção e espaços de conforto. É também neste plano que está a sala (ou as salas) para Classificação de

Risco, devendo cada uma delas ser ampla o suficiente para facilitar o processo de trabalho e manter fluxo fácil com consultórios e com a área vermelha.

**b) Plano 2:** área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente.

**c) Plano 3:** áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe. Neste plano, o acompanhante poderá estar presente em todos os momentos, sendo necessário prever espaços internos para espera tanto para eles quanto para os usuários que aguardam diagnósticos e reavaliações.

### **Quais mudanças podem ocorrer nos processos de trabalho, a partir da implementação de acolhimento e classificação de risco?**

- Melhoria do acesso do usuário, na forma da equipe escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe (integração e complementaridade)
- Aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários;
- Elevação dos graus de vínculo e confiança entre trabalhadores e usuários;
- Abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;
- Pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

*Para mais informações acesse a cartilha "Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)

## **02. Colegiado Gestor**

### **O que é colegiado gestor?**

É um espaço coletivo de gestão, para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores.

### **Qual a composição de um colegiado gestor de Secretaria Municipal de Saúde, de Distrito Sanitário e de Hospital?**

A composição, sem distinção, é que todos devam ser constituídos por representantes de:

- gestores (Secretário, Superintendente, Diretores, Gerentes, Coordenadores, Chefes de Setores, Chefes de Serviços, etc);
- trabalhadores (indicados pelo grupo de trabalhadores do serviço) e,
- usuários/familiares (também escolhidos/indicados por esse grupo, uma vez que os usuários hospitalizados serão representados pelos seus familiares).

Já em Hospitais e Serviços especializados tem-se constituído os Colegiados de Unidades de Produção (entendidos como unidades/serviços que reúnem equipes multiprofissionais em torno de um objeto específico e comum de trabalho, levando em conta os diferentes eixos dos cuidados), como, por exemplo, a Unidade de Produção de Saúde da Criança. E em caso de Hospital de Ensino, inclusão de representante (s) da Instituição Formadora.

#### **Quais as atribuições desses colegiados gestores?**

- ✓ Elaborar o Projeto Diretor (da Secretaria ou Distrito Sanitário ou Hospital),
- ✓ Constituir-se como espaço de discussão, negociação e definição de prioridades;
- ✓ Determinar a utilização dos investimentos (onde, quando, quanto, como);
- ✓ Organizar os projetos das várias Unidades de Saúde;
- ✓ Construir a sistemática de monitoramento e avaliação;
- ✓ Prestar contas aos Conselhos Gestores (Conselho Municipal de Saúde, por exemplo); e
- ✓ Administrar imprevistos.

#### **Qual a composição de um colegiado gestor de Unidade Básica de Saúde e de Unidade Saúde da Família?**

- *Unidade Básica de Saúde - Gestor* (gerente ou coordenador ou chefe ou diretor, conforme a denominação local), *representantes dos trabalhadores* (de preferência contemplando o nível superior, médio e o elementar) e *representantes de usuários* (comumente, membros da comissão/conselho local de saúde).
- *Unidade Saúde da Família - Gestor* (gerente ou coordenador ou chefe ou diretor, conforme a denominação local), *representantes de trabalhadores* (de cada Equipe de Saúde da Família) e *representantes dos usuários* (comumente, membros da comissão/conselho local de saúde).

*Importante lembrar que a Equipe de Saúde da Família, por si só é um "coletivo organizado de trabalhadores". De configuração*

*multiprofissional, comporta-se como uma instância colegiada, exercitando a sua potencialidade de se fazer integrada e participativa em seu cotidiano de trabalho.*

### **Como fazer quando não há comissão ou conselho local de saúde?**

A equipe poderá promover, junto com as várias organizações existentes na área de abrangência do serviço de saúde (Associações de bairro, Igrejas dos vários credos, Escolas, Grupos culturais, entre outros equipamentos sociais), um momento de participação da população adscrita/atendida, para escolher seus representantes.

### **Quais as atribuições do colegiado gestor da UBS e da USF?**

- ✓ Elaborar o Plano de Ação;
- ✓ Atuar no processo de trabalho da unidade;
- ✓ Responsabilizar os envolvidos;
- ✓ Acolher e encaminhar as demandas dos usuários;
- ✓ Criar e avaliar os indicadores; e
- ✓ Sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço.

### **Como implementar colegiado gestor?**

As reuniões (= rodas) da equipe, com inclusão de gestores e trabalhadores são um bom começo. Nesse espaço, as pessoas poderão ser incentivadas a falar sobre vários temas, como o processo de trabalho, que inclui as relações entre gestor/trabalhador, gestor/usuário e trabalhador/usuário; as dificuldades existentes nessas relações que não estão desvinculadas dos temas ligados à infra-estrutura, à rede interna e externa, entre outros. As rodas possibilitam a lateralidade, a circulação da palavra e de certa forma, contribui para "quebrar" o autoritarismo sem negar a autoridade.

Implementar colegiado é processo e construção coletiva, mas envolve as disputas de poder, próprias de grupo/equipe.

A leitura conjunta da cartilha da PNH tem contribuído para a discussão sobre o tema, um modelo novo de gestão, que exige quebrar as amarras com o modelo de gestão tradicional. Portanto, é comum em alguns serviços públicos de saúde, iniciar o colegiado gestor formado somente por gestores e posteriormente, a inclusão de trabalhadores, o que não inviabiliza e nem desqualifica o processo. É o tempo que os gestores exercitam a cogestão entre os pares e "amadurecem" esse novo jeito proposto pela PNH.

Em outros locais, tem se iniciado por meio dos grupos de trabalho de humanização (GTH's), cujo objetivo é reunir para discutir as práticas de gestão (não descoladas das práticas de gestão), onde também aparecerão as diferenças entre essas pessoas. Potencializá-las, para a construção de algo novo, sem pessoalizar, é experimentar a cogestão.

E, finalmente acrescenta-se que no colegiado gestor as responsabilidades são assumidas por todos e no caso dos trabalhadores, ao fazerem a gestão do próprio trabalho, tem contribuído para aumentar o compromisso no trabalho.

Para mais informações acesse a cartilha "Gestão Participativa e Cogestão", no link abaixo:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)

### **03. Contrato interno de gestão**

#### **O que é contrato?**

Contrato pode ser entendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes, que se comprometem a cumprir o que foi decidido.

#### **O que é contrato interno de gestão, na saúde?**

Trata-se de um acordo técnico-político entre unidades/equipes que compõem um serviço de saúde estimulando as interfaces e a corresponsabilização, através da constituição de redes de trabalho e de compromisso.

Representa a reorganização nos processos de trabalho nas unidades – que, a partir de diretrizes e objetivos claros, se materializam em metas, planos de ação e indicadores, voltados para mudanças nas práticas de atenção e fortalecimento da gestão compartilhada e participativa.

Representa também acordos e pactos entre unidades e equipes de saúde derivados de movimentos intensivos e extensivos de análise e discussão coletiva, sendo potentes mecanismos para garantir a sustentabilidade de mudanças na lógica da organização do trabalho e da gestão.

Além disso, o contrato interno de gestão rompe com os modos fragmentados de pensar e de agir nas organizações, construindo e fomentando redes de conversação, de troca e de cooperação.

### **Qual a base de um contrato interno de gestão?**

A base são as metas a serem alcançadas pela unidade/serviço de saúde. E o que norteia o alcance das metas é a pacutação, que se dá em três grandes eixos:

- a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção;
- b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa;
- c) garantia de sustentabilidade da unidade.

### **Como implementar um contrato interno de gestão?**

Os serviços/unidades fazem o contrato de gestão com as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, entre Unidades de Saúde Ambulatoriais e Hospitais, com o Distrito Sanitário e/ou com o nível central da Secretaria de Saúde. Importante acrescentar que esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

Para mais informações acesse a cartilha "Gestão Participativa e Cogestão", no link abaixo:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)

## **04. Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial**

### **O que significa equipe transdisciplinar?**

O "trans" ou "inter" indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe.

### **Quando ocorre o trabalho em equipe transdisciplinar?**

Quando as equipes possuem poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe. Quando há um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização, e na relação da organização com o usuário.

### **O que é equipe de referência?**

Um modo de organização do trabalho em equipe, na qual um conjunto de trabalhadores que comungam do mesmo espaço de trabalho/atuação interagem

para a definição de encargos sanitários, considerando núcleos e campos de competências e responsabilidades.

Envolve:

- ✓ Reorganização do processo e da gestão do trabalho;
- ✓ Enfrentamento da lógica de que todos cuidam de todos quando, quando de fato, ninguém é responsável por ninguém;
- ✓ Composição e articulação do trabalho a partir de núcleos de competências e de responsabilidades, considerando uma série de princípios e diretrizes da atenção à saúde.

### **Como implementar a equipe de referência?**

Quando gestor ou trabalhador percebe a necessidade de mudanças no processo de trabalho, o caminho inicial é a reunião, para se discutir sobre a realidade, que envolve, além do cuidado prestado, outros temas, como gestão, material e equipamentos, jornada, salário e condições de trabalho, entre outros.

Quando são identificadas as dificuldades, usualmente surgem propostas e nesse momento é importante que o grupo identifique quais aquelas que podem ser viabilizadas pelo próprio grupo e quais necessitam de outro nível de governabilidade.

Importante acrescentar, que essas reuniões deverão acontecer em dias e horários previamente combinados, com pauta compartilhada, além de deliberarem ações que podem ser divididas entre os membros da equipe. Uma pauta importante, portanto seria a discussão sobre o tema (cartilha da PNH), com a inclusão dos diversos trabalhadores do serviço/unidade, além dos gestores.

Em se tratando de implementação de equipe de referência, há determinadas ações que exigem vontade política, como é o caso da implementação da Equipe Saúde da Família - equipe de referência para uma determinada população, que mora numa determinada área adscrita e que é de sua responsabilidade sanitária – na Atenção Primária à Saúde.

Em se tratando de implementação de equipe de referência em hospital pressupõe horizontalidade de horário dos profissionais, ou seja, jornada diária, uma vez que a equipe de referência será responsável pelos mesmos pacientes em uma determinada clínica/unidade de internação, cotidianamente.

### **Quais mudanças, no processo de trabalho, que essa forma de trabalhar promove?**

- ✓ As decisões deixam de ser centralizadas em um serviço de saúde ou em um profissional da equipe;



- ✓ Contribui para que o trabalho dos trabalhadores não seja reduzido à simples execução;
- ✓ Promove a saúde dos trabalhadores e conseqüentemente, a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a aumentar e o trabalho a se desburocratizar;
- ✓ A gestão produz relações de poder na organização de saúde que valorizam a equipe como espaço de decisão, diminuindo e até extinguindo a fragmentação do processo de trabalho dessa equipe;
- ✓ A equipe de referência contribui para dirimir a ilusão de auto-suficiência das equipes e um clima de disputa estéril no serviço e além de não alimentar estes conflitos corporativos coloca o usuário no centro do processo gerencial e da atenção.
- ✓ Fomenta a participação ativa de usuários, familiares e redes sociais no cotidiano de serviços de saúde

### **O que é apoio matricial?**

É uma modalidade de apoio reconhecida como importante, pela PNH, para a qualificação da atenção, que promove a integração, em rede, de serviços e práticas de saúde, tomando por referência uma equipe e/ou profissional que possui expertise num determinado tema.

As Unidades de Saúde da Família (equipes de saúde de família) e os hospitais (equipes de referência) necessitam de apoio técnico de profissional especializado (= apoio matricial), para aumentar sua capacidade de resolver problemas.

O apoio matricial poderá ser do próprio serviço ou compor serviços com esta finalidade (ex: Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família/NASF, na Atenção Primária). O apoio tem, portanto, em sua natureza, uma dimensão técnica (ligada às atividades clínicas e de saúde pública) e uma dimensão política (ligada às atividades de gestão, bem como comunicação e educação em saúde).

Este profissional, *membro da própria equipe de referência* ou *de uma equipe externa* a este serviço de saúde, que desempenha o papel de apoiador matricial do apresenta uma nova proposta de atenção, porém negociada com a equipe responsável pelo atendimento ao usuário. Ao invés de prescrever determinações, o apoiador reconhece a legitimidade da equipe e negocia as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passa a fazer o chamado apoio à gestão para as equipes de referência, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

## **Qual a responsabilidade da equipe de referência em relação ao apoio matricial?**

Entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir; que é um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer, tanto aos trabalhadores quanto aos usuários.

A Equipe de referência é uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico. É reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um.

O desafio, portanto, é o da mudança de uma cultura organizacional no SUS, ou melhor, a mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS.

*Para mais informações acesse a cartilha "Clínica ampliada e compartilhada", no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)*

### **05. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) Câmara Técnica de Humanização (CTH)**

**GTH e CTH** são siglas para dois dispositivos da PNH: Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização.

Ambos são espaços coletivos, organizados, participativos e democráticos, que auxiliam na difusão e implantação dos princípios e diretrizes do HumanizaSUS nos serviços de saúde.

#### **Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)**

Também conhecido como Comitê de Humanização, é composto por pessoas interessadas em resgatar os princípios do SUS, discutir os serviços prestados, o processo de trabalho e as relações estabelecidas entre gestores, trabalhadores e usuários. Ele acontece de forma colegiada, identificando e discutindo os pontos críticos do funcionamento do serviço, como dificuldades do trabalho e tensões do cotidiano. Por meio de análise e negociação, o GTH potencializa propostas coletivas, pesquisa sua rede de referência, promove o trabalho em equipes multiprofissionais, propõe uma agenda de mudanças que possa beneficiar os

usuários e os profissionais de saúde, incentiva a democratização da gestão, divulga, fortalece e articula as iniciativas humanizadoras existentes, estabelece fluxo entre os diversos setores da instituição, com a gestão e com os usuários e também contribui para melhorar a comunicação e integração desse serviço com a comunidade na qual está inserido.

### **Câmara Técnica de Humanização (CTH)**

A CTH contribui para a qualificação das ações de saúde, uma vez que possibilita o redirecionamento dos fluxos do serviço de saúde, a mobilização de parceiros, a pactuação entre serviços, a criação de redes de atenção e viabiliza trocas de experiências e planejamento coletivo. É formada por representantes de serviços que compõem a rede SUS (hospital geral, urgência/emergência, hospital ensino, hemocentro, unidade saúde da família, entre outros), do conselho de saúde, da secretaria de saúde, de movimentos sociais e de ONG's, ou seja, segmentos interessados em articular as ações de humanização implementadas ou mesmo em processo de implantação. A CTH agrega multiplicadores do HumanizaSUS, comprometidos com a mudança nos modos de atenção e de gestão das unidades de saúde e que contribuem para aproximar e estimular o intercâmbio de experiências de humanização. Normalmente esses serviços já possuem GTH, o que não significa ser uma condição fundamental para se criar uma Câmara Técnica.

### **Quem pode participar desses dois espaços de gestão, propostos pela PNH?**

Todas as pessoas que estejam comprometidas com a construção de ações humanizadoras, para qualificar a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional: gestores, trabalhadores e usuários (ou seus representantes).

### **Como implementar o GTH em serviços públicos de saúde?**

O GTH é um exercício de protagonismo, uma vez que é um espaço onde todos possuem o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir mudanças e tornar-se co-responsável pela melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários e dos modos de gestão.

Um GTH pode surgir a partir dos diferentes protagonistas do SUS:

#### **Trabalhadores:**

Um grupo de trabalhadores começa a se reunir para uma reflexão coletiva sobre o próprio trabalho e elege um tema principal para discussão. Num determinado momento, pode perceber a necessidade de incluir outros

trabalhadores, quando reconhece que o trabalho deles está relacionado a ações de outros. Assim, convida mais trabalhadores e o grupo se amplia, acolhendo e discutindo as demandas que surgem, debatendo as divergências e identificando propostas para mudanças. O Grupo pode também sentir que a presença do gestor se faz necessária nos encontros, ao avaliarem o grau de um encaminhamento proposto. Nesse caso, o gestor é convidado a participar do GTH e, ao aceitar, demonstra a relevância da construção coletiva na produção de saúde.

### **Gestores:**

A iniciativa do GTH pode partir do gestor de um hospital, que convida os coordenadores de alas de internação, por exemplo, para discutirem um determinado problema comum. Está instalado um processo de compartilhamento, discussão e busca de solução coletivamente. Em função desse problema, o grupo pode perceber que representantes de outros serviços devem ser incluídos, pois atuam interligados e conseqüentemente a reflexão coletiva e ampliada trará melhores resultados. E assim vai se ampliando a corresponsabilização dos envolvidos.

### **Usuários:**

Usuários podem ser convidados pela gerência de uma unidade de saúde da família, para opinarem sobre determinada organização interna, em relação a curativos, por exemplo. A partir dessa participação pontual dos usuários pode-se instalar outra forma de funcionamento dessa unidade de saúde, com estímulo à discussão e tomada de decisão compartilhada entre gestor, trabalhadores e usuários.

### **Como implementar CTH em serviços públicos de saúde?**

Qualquer serviço de saúde, ao avaliar a importância da implantação de alguns dispositivos da Política Nacional de Humanização, por meio de resultados positivos obtidos, pode dar o primeiro passo e convidar os demais de seu distrito sanitário ou de seu município para constituírem a CTH.

*Para mais informações acesse:*

*Cartilha "Clínica Ampliada e Compartilhada", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)

*Cartilha "Grupo de Trabalho de Humanização", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo\\_trabalho\\_humanizacao\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho_humanizacao_2ed_2008.pdf)

## **06. Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)**

### **O que é Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST)?**

É um dispositivo da PNH que promove espaços de formação baseados no diálogo permanente entre os diferentes trabalhadores e os distintos saberes - saberes da experiência no serviço de saúde, produzidos pelos trabalhadores no serviço e os saberes formais, provenientes da universidade, escolas técnicas, etc.

### **Qual o objetivo do PFST?**

O PFST visa intervir e produzir junto aos trabalhadores, modos mais saudáveis de ser, e de trabalhar no SUS, potencializando os coletivos de trabalho, dando visibilidade e garantindo espaço de circulação e desenvolvimento desses saberes.

Esses momentos de aprendizagem coletiva permitem a construção de ferramentas de análise daquilo que gera sofrimento e adoecimento, e fortalecem o grupo diante das variabilidades dos meios de trabalho.

### **O que é Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)?**

A Comunidade Ampliada de Pesquisa é um *espaço permanente de conversa e pesquisa* sobre a atividade de trabalho em saúde. Formada por consultores, apoiadores, pesquisadores e trabalhadores locais, a CAP investiga o ambiente e processos de trabalho e produz conhecimentos e pactuações sobre formas de agir nos serviços.

### **Qual a relação da CAP com a saúde dos trabalhadores do SUS?**

Para produzir saúde no trabalho temos que conhecer o nosso trabalho, considerar as situações pelas quais passamos, e as formas como nos organizamos para superar as dificuldades e os eventos que produzem adoecimento. Embora conhecer o trabalho seja fundamental para os trabalhadores na produção de saúde, nos serviços de saúde ainda existem poucos espaços onde o tema (saúde) e as experiências são discutidas e compartilhadas.

Para produzir saúde no SUS devemos aprimorar a nossa capacidade de compreender e analisar o trabalho, portanto criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a produção de saúde e a prevenção de adoecimento.

Potencializar o protagonismo dos trabalhadores passa também por produzir, junto a eles, instrumentos para investigar e lutar por sua saúde e melhores condições de trabalho, partindo do princípio que os trabalhadores produzem saberes sobre sua atividade, sobre o que os adocece e também estratégias para minimizar o sofrimento.

### **Como implementar a CAP nos serviços públicos de saúde?**

- Organizar um PFST na sua unidade;
- Aproveitar os espaços já disponíveis para discussão dos processos de trabalho;
- Constituir grupos de estudo/pesquisa para realizar análises coletivas sobre os serviços de saúde nos locais de trabalho;
- Pesquisar sobre as condições de trabalho e fazer levantamentos do adoecimento dos trabalhadores.

*Para mais informações acesse a cartilha "Trabalho e redes de Saúde", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho\\_redes\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf)

## **07. Projeto Memória do SUS que dá certo**

Atualmente, a PNH atua com o dispositivo **"Mostra Interativa HumanizaSUS: o SUS que dá certo"** composta de som, imagem, arte e tecnologia, criada em 2008, que apresentou os 20 anos do SUS e 05 anos de PNH.

A Mostra foi lançada no Seminário "A Humanização no SUS em debate", realizado pela PNH em Vila Velha/ES, nos dias 24 e 25 de Junho de 2008. De caráter itinerante, já esteve em 10 estados (ES, MG, RS, CE, PI, PA, MA, MS, BA, PB) e DF, e em 18 cidades, incluindo capitais.

Sem direção única, a Mostra divulga as *diretrizes da PNH* e por meio de *vídeos, literatura de cordel, áudios e fotografias*, as pessoas interagem com diferentes formas de produção de saúde. Além disso, há uma cabine de *depoimentos*, que oferta um espaço para a palavra franca, o *livro de visitas* para as pessoas registrarem suas impressões sobre a Mostra e a *ilha de computadores*, que promovem a interação eletrônica. A Mostra ainda constitui uma potente ferramenta de sensibilização para adesão à PNH, além de formação de monitores. Estes, acadêmicos da área da saúde e trabalhadores do SUS, são voluntários do local onde a Mostra se instala.

## Como está organizada, atualmente, a Mostra Interativa HumanizaSUS: o SUS que dá certo?

- ✓ Apresentação
- ✓ Módulos
- ✓ Ilha de computadores
- ✓ Praça do Encontro

### **Apresentação:**

Banner na entrada da Mostra, com texto de autoria de Eduardo Passos.

#### *“HUMANIZASUS: O SUS QUE DÁ CERTO”*

*Esta exposição apresenta a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS. Queremos apresentar esta política pública de saúde que tem a cara do SUS. Por isso a diversidade de sotaques, de fisionomias, de modos de dizer e fazer o SUS que dá certo. O SUS é o que há de comum nesta exposição. Defender o que é comum entre nós é nos colocar na atitude de quem é protagonista da tarefa de construção do SUS que dá certo. Compomos o coletivo que anima e garante o SUS como política pública de saúde. E pertencer a este coletivo é, a um só tempo, participar da construção do SUS e constituir-se como **corresponsável** nesta tarefa.*

*A exposição é montada como uma rede, não possuindo um centro ou direção única. É possível percorrê-la criando cada um seu trajeto por entre os módulos de que ela é composta. Queremos convidá-los a percorrer esta exposição. Queremos que tenham a experiência das diretrizes da política: **Gestão Participativa e Co-gestão; Acolhimento; Saúde e Trabalho; Direito dos Usuários; Clínica Ampliada e Redes**. Essas diretrizes da PNH norteiam, de modo concreto, as práticas inovadoras do SUS.*

*Sejam bem vindos ao SUS que dá certo.”*

### **Módulos:**

#### **Módulo 1 - Diretrizes da PNH**

Gravadas em MP4, pelos consultores da política. Cada uma das diretrizes pode ser ouvida, simultaneamente, por 02 pessoas sentadas.



## **Módulo 2 - SUS de Todos**

Os direitos dos Usuários da Saúde, representados por meio de depoimentos de usuários (gravados em Pronto Socorros, Unidades de Saúde da Família, Hospitais, Centros de Atendimento Psicossociais e Clínicas especializadas, nos municípios de Cuiabá/MT, Aracaju/SE e Itaboraí/RJ); e de fotografias de ações no/do SUS cotidiano.

Apresenta também a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS de 13 de agosto de 2009).

## **Módulo 3 – Cordel**

O cordel “O Dia em que o SUS visitou o cidadão”, de forma lúdica, apresenta uma história sobre os diferentes papéis desempenhados pelos envolvidos na efetivação do SUS (gestores, trabalhadores e usuários). Propicia às pessoas duas formas de interação: assistir e cantar o vídeo do cordel, uma vez que é distribuído o folheto. E a outra forma é “brincar” com almofadas que possuem palavras gravadas, as quais possibilitam formar frases sobre a saúde. Ainda nesse módulo são exibidos dois vídeos:

- 1)- “Redes”, que objetiva promover discussão sobre coletivo, grupalidade, rede SUS e rede SUS integrada com outras redes sociais e
- 2)- o vídeo “Convocação”, que apresenta gestores, trabalhadores e usuários do SUS convocando seus pares para a humanização do SUS, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde (novembro de 2003).

## **Módulo 4 - O SUS pelo Brasil (= pelos cantos do Brasil e pelos brasileiros)**

Neste módulo são apresentados vídeos com depoimentos de usuários, gestores e trabalhadores, gravados nas várias itinerâncias da Mostra. Após a exibição são realizadas rodas de conversas e distribuição do cordel impresso, aos participantes.

## **Módulo 5 – Agora é sua vez de falar**

Ambiente para gravação de depoimentos, pelos participantes da Mostra. A palavra é franca. É um momento especial, pois eles opinam sobre a macro-política pública de saúde (SUS), o SUS municipal, o SUS específico, este que utilizam quando sentem necessidade e procuram, este que está mais próximo de suas casas. Esses depoimentos/relatos retratam tanto a memória do SUS que dá certo como também os problemas vivenciados pelas pessoas /ou suas redes sócio-familiares. Por ser um espaço democrático as pessoas o tem utilizado como “ouvidoria”, ferramenta potente de gestão.



Ao final, o coordenador da Mostra providencia, junto à equipe local de TI, a gravação desse conteúdo para o gestor local e para o consultor da PNH (quem faz apoio institucional ao município/estado).

### **Ilha de Computadores:**

Composta por 05 computadores:

- ✓ Rede HumanizaSUS – 02 computadores  
Para divulgar a Rede e oportunizar aos participantes o cadastro e interação;
- ✓ Livro de visitas (virtual) – 01 computador  
Para postagem de comentários sobre a Mostra;
- ✓ Áudio-visual sobre Acolhimento e Redes – 01 computador  
Gravado por um dos consultores da PNH;
- ✓ Fotos dos participantes - 01 computador  
Para fotografar as pessoas que comparecem à Mostra. A idéia é que os gestores locais possam utilizar essas fotos na composição de documentos da PNH local (estadual/municipal), como por exemplo: em folder, programação de eventos, etc.

OBS: é garantido, à PNH, o uso de imagem e voz, seguindo as bases legais, em relação às fotos e depoimentos.

### **Praça do Encontro:**

Os módulos e os computadores da Mostra são disponibilizados de tal forma que forma-se uma praça central, que tem por objetivo a realização de encontros entre as pessoas. Algumas equipes locais promovem “rodas de conversa” com datas e horários amplamente divulgados nos meios de comunicação, como uma atividade a mais na Mostra.

### **Como levar a Mostra Interativa HumanizaSUS aos estados e municípios?**

Considerando que levar a Mostra aos estados e municípios, pela PNH/MS envolve ações de responsabilidade por parte do Ministério da Saúde e ações locais (contrapartida), a pessoa que representa a instituição pública de saúde solicitante, deverá entrar em contato com o Núcleo Técnico da PNH/MS, por telefone ou e-mail.

Nesse contato é discutida a contrapartida local, como por exemplo, providências quanto ao local (espaço coberto, com + ou - 300 m<sup>2</sup>, 4,0m de altura, ambiente fechado, etc.), segurança 24 horas ininterruptamente, técnico de TI, eletricitista, ponto de energia e de internet, limpeza, custos de lixo, como também é pactuada a agenda. Além disso, é discutida a seleção e a formação do grupo de

monitores, pelo nível local, embora a formação tem sido realizada pelo Núcleo Técnico da PNH/MS, o que não impede de ser efetuada pelo nível local.

*Para mais informações, fotos e vídeos, sobre a "Mostra Interativa HumanizaSUS – o SUS que dá certo" na Rede HumanizaSUS - [www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)*

## **08. Projeto Terapêutico Singular (PTS) Projeto de Saúde Coletiva**

### **O que é Projeto Terapêutico Singular (PTS)?**

É um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso.

No PTS: i)- a identificação das necessidades de saúde, ii)- a discussão do diagnóstico e iii) a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização.

A construção de contratos/projetos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. São, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde.

Podes-se então dizer, que o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, porém, *resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se este se fizer necessário e geralmente é dedicado a situações mais complexas.*

Na prática, se faz por meio de uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes, para ajudar a entender o usuário com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

Em síntese, o PTS:

- ✓ ajuda a equipe interdisciplinar a priorizar o trabalho, organizando-o a partir do acionamento dos diversos núcleos de competência;
- ✓ o caso é da equipe, e na equipe há corresponsabilização e compartilhamentos; e,

- ✓ produz vínculo, responsabilização e aumento da resolutividade.

### **Por que "singular"?**

Porque o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.

### **Como implementar o Projeto Terapêutico Singular?**

#### **✓ 1º Passo – Diagnóstico**

Deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Deve tentar captar como o *sujeito singular* se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o *sujeito* faz de tudo o que fizeram dele.

#### **✓ 2º Passo - Definição de metas**

Uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o *sujeito doente* pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

#### **✓ 3º Passo - Divisão de responsabilidades**

Definição, com clareza, das tarefas de cada um.

#### **✓ 4º Passo - Reavaliação**

Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

### **Quais critérios que a equipe deve utilizar na escolha dos casos para reuniões de PTS?**

Escolher os usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, *na opinião de qualquer um dos membros da equipe.*

### **Qual a metodologia da reunião?**

Cada membro da equipe, a partir do vínculo que construiu com o usuário e com sua família, trará para a reunião os aspectos que foram observados.

### **Como organizar essas reuniões?**

Reservar, no horário de trabalho, um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS. Reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras.

Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.

Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

### **Como dividir as tarefas da equipe?**

As tarefas devem estar de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo construído com o usuário e sua família, ou seja, os profissionais que tenham vínculo mais estreito devem assumir mais responsabilidade na coordenação do PTS.

### **Qual o tempo de duração de um PTS?**

Depende da característica de cada serviço.

Geralmente não se faz uma abordagem integral em um único encontro, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações – essenciais – surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário.

A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

### **Há mudanças previsíveis com a aplicação de PTS?**

Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado.

Infelizmente, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave.

### **Como elaborar um PTS para os casos de “diagnóstico fechado”?**

Para aqueles com poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou com menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte.

### **A prática do PTS pode influenciar na saúde do trabalhador?**

Sim, como uma ferramenta gerencial, uma vez em que se constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores ao lidar com determinada situação.

A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adocece trabalhadores da saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária.

O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde, de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

*Para mais informações acesse a cartilha “Clínica ampliada e compartilhada”, no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)*

## **09. Projetos cogерidos de ambiência**

### **Como a PNH percebe/propõe ambiência nos serviços públicos de saúde?**

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, aqui entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

### **Para a PNH, quais os eixos que norteiam a ambiência?**

- ✓ Espaço que visa à *confortabilidade* focada na *privacidade* e *individualidade* dos sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas (*cor, cheiro, som, iluminação, morfologia*) e garantindo conforto a todos.
- ✓ Espaço que possibilita produções entre as pessoas, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- ✓ Espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos, na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

### **Quais as características de cada um dos componentes desses 03 eixos?**

#### ✓ **Confortabilidade**

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção. Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando.

#### ✓ **Privacidade**

Pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis, que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade.

#### ✓ **Individualidade**

Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.

#### ✓ **Cor**

Utilização de cores que ajudam a refletir ou absorver luz, o que pode compensar sua falta ou minimizar seu excesso.

#### ✓ **Cheiro**

Considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas.

#### ✓ **Som**

A PNH propõe a utilização de música ambiente em alguns espaços, como enfermarias e salas de espera, mas considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e, controle de alguns ruídos.

#### ✓ **Iluminação**

Podem ser utilizados focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e dos pacientes, mas lembrar que toda pessoa tem direito à noção de tempo (dia, noite, chuva ou sol), o que pode influenciar no seu estado de saúde.

#### ✓ **Morfologia**

Formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas.

### **Qual a proposta para as áreas externas?**

Pode-se criar ambiência externa confortável e multifuncional, que servirá tanto para aguardar o atendimento quanto para o exercício de diferentes práticas

de convívio e interação (atividades físicas, relaxamento, alongamento, ginásticas, tai chi, etc.), útil aos trabalhadores e aos usuários.

O tratamento das áreas externas se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente "de estar" de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e de relaxamento.

Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde.

### **Há especificidades nas ambiências dos diversos tipos de serviços de saúde?**

Sim.

#### ✓ **Para as Unidades de Urgência e Emergência –**

De acordo com o nível de gravidade - preconizada pelo Ministério da Saúde/Política de Qualificação da Atenção e da Gestão para Urgência e Emergência – os espaços devem ser organizados de modo a agrupar os usuários de acordo com a classificação do risco, organização esta construída com a participação da equipe, no processo de reflexão e de decisão, para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho.

#### ✓ **Para as Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família -**

Devem ser pensadas de maneira a promover os encontros entre trabalhadores, e entre estes e a comunidade usuária. São equipamentos urbanos de referência nos bairros e reconhecidos, pela comunidade, pelos seus valores de uso, por isso devem estar totalmente integrados ao entorno. A integração poderá ser iniciada com concepções arquitetônicas que excluam muros, grades ou alambrados, criando-se ambiências de acesso compostas por praças, por exemplo.

### **A ambiência pode influenciar no processo de trabalho?**

Se a ambiência for discutida isoladamente não muda processo de trabalho, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciam esse processo de mudança.

Pode ser um instrumento de construção coletiva do espaço que aspiram os trabalhadores de saúde e os usuários, com garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar e à prevenção de acidentes biológicos, se constituindo em um

ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia.

### **Qual a relação entre ambiência e demais dispositivos da PNH?**

Historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção nas doenças, nos procedimentos e nas tarefas, e não nos objetivos comuns de trabalho.

Além de a organização do processo de trabalho em saúde ser a partir das profissões, valorizando o poder corporativo e estimulando a luta por territórios.

Dessa forma, *o conceito de ambiência contribui para repensar esse processo*, favorecendo a integralidade da assistência, com a preocupação da atenção por avaliação de necessidades e de níveis de complexidade.

A arquitetura na saúde contribui, assim, ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, em vez de apenas compartimentos com usos específicos que consolidam verdadeiros feudos nos espaços de saúde – a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.

#### ✓ Exemplo 1 - Relação com visita aberta

Incorporação nos projetos, de espaços que sejam capazes de acolher os visitantes:

- que não sejam mais recebidos por um portão gradeado e com horários rígidos de visita, mas que exista para eles um espaço de espera – uma recepção e um ambiente de escuta;
- que tenham acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros.

#### ✓ Exemplo 2 – Direito a acompanhante

Não basta garantir o direito a acompanhante.

É preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades: nos pronto socorros, nos serviços de apoio diagnóstico terapêutico, nas enfermarias, nas salas de espera dos centros cirúrgicos, nas unidades de terapia intensiva, nas consultas com qualquer profissional de saúde, no centro obstétrico, etc., de maneira que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão ou ouvir música.

*Para mais informações acesse a cartilha "Ambiência", no link abaixo:*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)



**10. Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores:  
gerência com agenda aberta;  
ouvidoria; família participante, grupo de pais, grupo focal e  
pesquisas de satisfação (usuário e trabalhador)**

***Gerência com agenda aberta***

Estratégia para interação com a rede sócio-familiar do usuário e com trabalhadores e equipes de saúde.

Mecanismo sistemático de "atendimento" do usuário e de sua rede sócio-familiar e dos trabalhadores, destinando "espaço" e tempo da agenda de gestores (trabalhadores em cargos de gestão) para interagir com estes sujeitos, buscando construir em tempo oportuno soluções coletivas para necessidades de saúde e de trabalho.

***Ouvidoria***

Instrumento de ausculta da avaliação, que fazem os usuários e sua rede sócio-familiar, da experiência que tiveram com serviços e trabalhadores da saúde.

Além disto, ouvidorias captam também manifestações dos trabalhadores da saúde acolhendo questões referentes às condições e processos de trabalho, garantindo o retorno e encaminhamento em tempo acordado dos problemas identificados.

A ouvidoria é um dispositivo de humanização da saúde porque permite a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações conflitivas que são sintomas, manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. Não se trata, dessa forma, de um mecanismo de culpabilização ou punição de trabalhadores e gestores, mas de construção de medidas coletivas para o enfrentamento de problemas e situações apontados por usuários e trabalhadores.

As ouvidorias devem promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes; assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito; acionar os órgãos competentes para ações pertinentes frente a atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde.

Por fim, as informações das ouvidorias permitem a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento e subsidiam a formulação de políticas de gestão do SUS.

### ***Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal***

Estratégias de inclusão de usuários e trabalhadores nos vários espaços dos serviços de saúde. Destinam-se tanto para a captação de percepções e avaliações frente às ações de gestão e cuidado em saúde como para constituição em espaços de circulação de informações de saúde, com vistas à produção de autonomia, protagonismo e emancipação dos sujeitos.

### **Pesquisas de satisfação (usuário e trabalhador)**

Usualmente as pesquisas são formuladas pelas ouvidorias, com o objetivo de fomentar a participação tanto de usuários quanto de trabalhadores, para avaliação do serviço. As metodologias são variáveis, em forma de questionários, caixas de sugestões ou entrevistas, estas, em alguns serviços são realizadas por voluntários, pessoas que não são trabalhadores formais do local.

Tem acontecido também, a realização de pesquisas anteriores à implementação de algum dispositivo da PNH, para conhecimento da aceitação de gestores, trabalhadores e de usuários, como por exemplo, anterior à implementação de visita aberta.

O importante é que esses espaços tem se apresentado como potentes ferramentas de gestão e, portanto além do serviço fazer a devolutiva às pessoas que se manifestaram, deverá também utilizar essas informações para mudanças nos processos de trabalho, ou seja, as práticas de atenção e de gestão.

Para mais informações, sobre redes, acesse a cartilha "Redes de Produção de Saúde", no link abaixo:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)

## **11. Visita aberta e Direito a acompanhante**

### **O que é visita aberta?**

É um dispositivo que garante, no maior tempo possível, a presença da rede sócio-familiar dos usuários internados, de forma a assegurar o elo entre o usuário do hospital, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

A visita aberta amplia o grau de co-responsabilização no cuidado, possibilita a participação do familiar na construção de projetos terapêuticos; amplia o grau de comunicação entre os envolvidos no cuidado; ressignifica o lugar do hospital como estratégia e espaço de produção de saúde, que não se fecha sobre si mesmo, mas inclui outras dinâmicas e agentes no cuidado de saúde.

### **Como a PNH traduz o direito a acompanhante (nas consultas, realização de exames e internações)?**

O direito do usuário a acompanhante nos serviços de saúde garante:

- ✓ de um lado, o exercício de um direito fundamental da pessoa que é o de contar, em uma situação de fragilidade, com alguém de sua rede social e afetiva que pode “negociar” com trabalhadores e equipes processos de cuidado e proteger o usuário contra práticas indevidas (derivadas do preconceito, de discriminações, etc.) que levam ao descuidado, ao descompromisso e à baixa produção de saúde; e,
- ✓ de outro lado, o acompanhante, quando efetivamente envolvido pela equipe, pode vir a ser aliado importante nos processos terapêuticos, ampliando a eficácia e a extensão da rede social no processo de corresponsabilização no cuidado.

### **Qual a relação entre visita aberta e direito a acompanhante?**

Uma questão de direito!

A visita ao paciente internado constitui um dos direitos dos usuários da saúde, embora apresente restrições nos vários serviços públicos de saúde, seja em relação ao horário, seja em relação ao número de pessoas, entre outras.

O direito a acompanhante, ainda é muito pouco garantido, haja vista a lei federal que assegura à parturiente o direito a acompanhante (de sua livre escolha) durante o pré-parto, parto e puerpério, não está implantado em todas as maternidades; outro fato que pode ser comprovado é a falta de cadeira para o acompanhante nos consultórios, enfermarias e nos diversos setores dos serviços públicos de saúde. *Importante lembrar que o acompanhante representa a rede social da pessoa internada e deve estar com ela durante toda sua permanência nos ambientes de atenção à saúde.*

### **Como esses dispositivos interferem no cuidado às pessoas?**

Visitas e acompanhantes fazem bem à saúde!

São representantes legítimos da pessoa internada e ajudam na sua reabilitação.

A presença de um visitante no ambiente hospitalar possibilita que a equipe de saúde capte dados do contexto de vida da pessoa internada e do momento existencial por ela vivido, possibilitando um diagnóstico abrangente. Ela auxilia ainda na identificação das necessidades da pessoa internada e, através das informações fornecidas pela família e amigos, a equipe de saúde pode elaborar e acompanhar com mais eficácia seu projeto terapêutico singular.

A presença de visitantes/acompanhantes de forma mais constante no ambiente hospitalar traz o "cheiro" da comunidade a este ambiente, tornando a comunidade também responsável e co-produtora do cuidado, aumentando a autonomia dos membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos.

O acompanhante colabora na observação das alterações do quadro clínico e comunica-os à equipe.

Além disso, esse dispositivo mantém a inserção social do doente durante sua internação, que pode perceber a participação dos familiares no tratamento, fortalecendo sua identidade e auto-estima.

### **Como garantir, ao usuário, o direito a visita e a acompanhante?**

De acordo com a carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde, todas as pessoas tem direito a acompanhante em todos os atendimentos nos serviços públicos de saúde. E há leis específicas que garantem esses direitos, como por exemplo, a Lei Federal nº. 11.108 de 07 de abril de 2005, que dá à mulher o direito de ter, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua escolha, e recomenda que toda maternidade adapte seu espaço físico para receber este acompanhante.

Os usuários dos serviços públicos de saúde tem direito à visita diária, de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção das situações técnicas contra-indicadas.

A proposta da PNH, visita aberta, é mais ousada e tem demonstrado ser possível. Os hospitais tem ampliado seus horários de visita, para até dez horas por dia e, constatando que esse dispositivo de inclusão traz novos padrões de comportamento, aumentando a solidariedade e o compromisso de todos para com o cuidado.

### **Como implementar a visita aberta e direito a acompanhante?**

- ✓ Conhecer experiências de hospitais que já implantaram este dispositivo, e os dados referentes aos dias de internação, infecção hospitalar, satisfação dos usuários e trabalhadores;
- ✓ Promover atividades de sensibilização com todos os setores do hospital;

- ✓ Construir de forma coletiva os passos para a implantação, envolvendo o pessoal da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, CCIH, etc;
- ✓ Adequar espaços para a permanência de visitas/acompanhantes fora dos quartos, como por exemplo, áreas verdes que podem ser adaptadas, varandas;
- ✓ Informar à comunidade e abrir espaço de discussão permanente sobre o dispositivo (rodas de conversa no hospital).

*Para mais informações acesse a cartilha "Visita aberta e direito a acompanhante", no link abaixo:*

*[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao\\_visita\\_aberta\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_visita_aberta_2ed_2008.pdf)*

## Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.  
HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

– 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1444-0

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Condições de trabalho. I. Título. II. Série

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional

de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Clínica ampliada, Equipe de referência e Projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Gestão participativa e co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1586-7

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília :

Editora do Ministério da Saúde, 2009.

32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1137-5

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1583-6

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1584-3

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1585-0

Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

MORI, M.E; O.V.M. Os Coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a co-gestão em ato. Interface – comunicação, saúde, educação, v.13, supl. I, p.627-40,2009

Benevides, R; Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? Revista

Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, SP: v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=27844>

Apresentação:

UNIFESP/FUNSAU

SESAU MS

Curso de Gestão Hospitalar de MS 08  
Grupalidade e Subjetividade  
Silvana S. Rossi – Duda  
Novembro 2008

CHIOZZINI, D. Memória é matéria prima do trabalho do historiador. Revista Comciencia, 2004. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/04.shtml> . Acesso em 17 out 2010.

SPEGLICH, E. Escolas recuperam memória de comunidade. Revista Comciencia, 2004. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/03.shtml> Acesso em 17 out 2010.

GAGNEBI, J. M. Memória, história, testemunho. Revista Comciencia, 2004. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/09.shtml> Acesso em 17 out 2010.

#### Rede HumanizaSUS

- ✓ <http://redehumanizausus.net/node/1628>  
Início: Mostra Interativa HumanizaSUS, o SUS que dá certo
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2512>  
Seja bem vindo ao SUS que dá certo!  
Mostra 2010 – Módulo 1 – Diretrizes PNH
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2513>  
Módulo de todos
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2514>  
Módulo do cordel – e, atualmente com exibição de mais 02 vídeos
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2517>  
Módulo de depoimentos – Agora é sua vez de falar!
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2515>  
Jogos eletrônicos – Atualmente a Ilha de computadores
- ✓ <http://www.redehumanizausus.net/node/2509>  
Formação dos monitores