



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO

2024 - 2027

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

Governador do Estado

Ronaldo Ramos Caiado

Secretário de Estado da Saúde

Dr. Rasível dos Reis Santos Júnior

Secretário Adjunto de Estado da Saúde

Dr. Sérgio Alberto Cunha Vencio

Subsecretaria Inovação, Planejamento, Educação e Infraestrutura

Ana Carolina Rezende Abrahão

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

Luciano de Moura Carvalho

Subsecretaria de Controle Interno e Compliance

José Augusto Carneiro

Superintendência de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital

Luiselena Luna Esmeraldo

Superintendência de Planejamento

Túlio Silva Oliveira

Superintendência da Escola de Saúde do Estado de Goiás

Rafaela Julia Batista Veronezi

Superintendência de Infraestrutura

Maurício Ertner de Almeida

Superintendência de Gestão Integrada

Thalles Paulino de Ávila

Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação

Amanda Melo e Santos Limongi

Superintendência de Vigilância em Saúde

Flúvia Pereira Amorim da Silva

Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênio

Pedro de Aquino Moraes Junior

Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde

Paula dos Santos Pereira

Superintendência de Governo Aberto e Participação Cidadã

Sérgio Gomes de Carvalho

Superintendência de Controle Interno e Correição

Suellen Dantas Tobias e Silva Ravazzi

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Maria Salette Batista Paulino
Gerente de Humanização

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Ângela Mendonça do Carmo Messias Vechi
Estefânia Aparecida Borges Pereira de Sousa
Rafaela Troncha Camargo
Tânia Gláucia Moreira dos Santos
Vera Lúcia Barbosa de Sá

Núcleo Técnico de Humanização

Aline Almeida da Costa Coelho
Aline Bessa Parmeggiani Monteiro
Ana Paula Ramos
Anderson Smilley Freitas Alves
Christyne Maroclo Gomes
Edna Jerônimo do Prado
Fernanda Oliveira Melo Dourado
Francineia Soares de Carvalho
Jordino Antonio Alves de Almeida
Juscilady Ferreira de Sousa
Letícia Azevedo de Oliveira
Lucas Mazur de Melo
Maria Luiza Lima do Nascimento
Morais

Maria de Lourdes Rosa dos Passos
Márcia Keila Nestor de Sousa
Regiane Correa Dutra
Renata Garcia Borges Duarte
Ricardo Ribamar
Ronaldo Celestino da Silva Junior
Rosane Cristina Pires Moreira
Roselinda da Silva Lopes
Sylvéria de Vasconcelos Milhomem
Thiago Silveira Trompieri
Vanderléia Fernandes Gonzaga
Tavares
Vera Lúcia de Lima Malta
Vilma Aparecida da Silva

Apoio Técnico

Leonardo Ribeiro Venturas
Patrícia Gomes dos Santos Brom Vieira
Raimundo Tiago de Lima Pires

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
2 HISTÓRIA.....	11
3 JUSTIFICATIVA.....	15
4 OBJETIVO GERAL.....	18
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
5 MARCOS JURÍDICOS E NORMATIVOS.....	20
6 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.....	22
6.1 CONCEITO.....	22
6.2 A ESTRUTURA DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO/SUS-GO.....	23
7.1 OS PRINCÍPIOS DA HUMANIZAÇÃO.....	24
a. Transversalidade:.....	24
b. Valorização, Autonomia e Protagonismo dos Sujeitos.....	24
c. Gestão Democrática e Participativa.....	25
7.2 MÉTODO DA PEH/GO.....	25
7.3 DIRETRIZES DA PEH/GO.....	26
a. Acolhimento.....	27
b. Clínica Ampliada.....	28
c. Cogestão.....	28
d. Valorização do Trabalhador.....	29
e. Participação e Ação dos Usuários e seus Direitos e Deveres.....	30
g. Aperfeiçoamento dos coletivos e redes.....	32
8. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DA PEH/GO.....	33
9. CONDUÇÃO DO PROCESSO OU MODO DE CAMINHAR PEH/GO.....	35
9.1 NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO.....	36
9.1.1 Princípios norteadores do NTHC/GO:.....	36
9.1.2 Os três eixos norteadores que objetivam as estratégias:.....	37
9.2 EIXO: EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	37
9.3 EIXO: PARTICIPAÇÃO E AÇÃO DOS USUÁRIOS.....	38
9.4 COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO – NTH/GO.....	38
9.5 COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO – NTH QUANTO AO TRABALHADOR/GO:.....	40
10 REDE DE APOIO DE ARTICULADORES DE HUMANIZAÇÃO ÀS REGIONAIS DE SAÚDE.....	41
10.1 ATRIBUIÇÕES DO ARTICULADOR REGIONAL DE HUMANIZAÇÃO:.....	41
11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA PEH/GO.....	42
12 HUMANIZAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	42
12.1 ATRIBUIÇÕES NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PEH.....	44
12.1.1 Atribuições:.....	44
a. Gestor.....	44
b. Gestor Estadual.....	45
c. Trabalhador.....	45
d. Usuário.....	46

13 ATRIBUIÇÕES DOS PARCEIROS E OU GESTORES DE UNIDADE GERIDAS POR OS (anexo nº 01).....	46
14. PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.....	46
14.1 METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO ESTADUAL.....	47
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS:.....	50
WEBGRAFIA.....	52
ANEXO I.....	53

Lista de Siglas

ACR - Acolhimento e Classificação de Risco

CAP - Comunidade Ampliada de Pesquisa

CTH - Câmara Técnica de Humanização

DEA - Desfibriladores Automáticos Externos

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

ESF - Estratégia Saúde da Família

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

ESG - Environmental Social and Governance

MS - Ministério de Saúde

NTH - Núcleo de Trabalho em Humanização

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDCA - Planejar, fazer, verificar e agir

PEH - Política Estadual de Humanização

PESP - Plano Estadual de Segurança do Paciente

PFST - Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

POPs - Procedimentos Operacionais Padrão

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCA - Análise de Raiz de Causa

RCP - Protocolos de Reanimação Cardiopulmonar

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TIS - Tecnologia da Informação em Saúde

1 APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), desde o ano de 2003, busca implantar e implementar a Política Nacional de Humanização (PNH) em sua rede de atenção e produção de saúde. Isso se faz por meio de qualificações e discussões sobre os processos e fluxos de trabalho que buscam qualificar o cuidado e segurança do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro das unidades de saúde; do cuidado com quem cuida; e da aproximação da gestão com a atenção, evitando assim o desperdício de potencial humano e recursos financeiros. Para tal, são realizadas capacitações dos profissionais de saúde, ampliação da comunicação entre todos os que constroem as redes de atenção e adequação de espaços físicos, visando garantir o acesso, a resolutividade e qualificação do cuidado.

Tornar clara a PNH e adequá-la à realidade do nosso Estado significa torná-la conhecida de todos, nos mais diversos territórios e microssistemas, aprimorando as diretrizes que deverão ser construídas pelos seus atores, isto é, profissionais de saúde, usuários e gestores. Mostrando quão importante é para a gestão e redução de custos em seus processos de produção de saúde. É, portanto, um desafio cotidiano, que tem como horizonte a operacionalização plena dos princípios e diretrizes dispostos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

2 HISTÓRIA

A PNH é vista hoje como ferramenta de gestão, por meio de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos que conduzem à satisfação do trabalhador, à produtividade, melhoria do clima organizacional, redução do turn over, mais confiança, protagonismo, responsabilidade, criatividade, melhor comunicação, integração de seus atores, redução de custos, entre outros aspectos necessários para a realização de um trabalho de excelência.

A primeira abordagem sobre Humanização em saúde teve como primeiro título: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Nesse mesmo ano, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tinha como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. O alto índice de insatisfação dos atores estava diretamente ligado ao relacionamento interpessoal destes. Assim, estabeleceu-se a cultura de participação, cooperação, corresponsabilidade e cogestão, com uma metodologia que primava pelo respeito às especificidades dos territórios. Ao realizarem a avaliação do programa, perceberam uma riqueza inestimável, partindo da produção coletiva e conteúdos, mostrando a importância de se trabalhar e atuar em coletivos, mesmo com inúmeras diversidades. O distanciamento da gestão com a atenção, a falta de comunicação eram fatores que se destacaram como problemas nas unidades de saúde. A falta de comunicação e a falta do diálogo levavam a altos índices de erros e desperdícios e, conseqüentemente, à iminente possibilidade de caos. Assim, (CAPRARA; FRANCO, 1999; OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006), diziam: "A boa comunicação entre profissional e usuário, bem como entre os profissionais, incluindo os gestores, é condição para o processo de humanização da saúde, segundo a maioria dos estudiosos." Portanto, "humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto o outro possam fazer parte de uma rede de diálogo." MS (2001, p. 5)

A PNH foi lançada durante o 20º Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e não Violência, realizados em Natal/RN (17 a 20 de março/ 2003). Foi divulgada internamente, no Ministério da Saúde (MS), durante a Oficina Nacional HumanizaSUS. E construída na Semana de Humanização, no MS, nos dias 19 e 20 de novembro de 2003, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, pactuada na Comissão Intergestores tripartite, composta de representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e do Conselho Nacional de Secretários Municipais, em 18.03.2004. (Oliveira. Olga V. Matoso. Brasília 2010).

Deslandes (2004) afirma que, apesar de se constituir como alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, ainda não se tem uma definição mais clara do

conceito "humanização da assistência". Em sua visão, esse conceito tem se caracterizado mais como uma diretriz de trabalho, ou como um movimento de uma parcela de profissionais e gestores, do que realmente como um aporte teórico-prático. Afirma que a noção de humanização é geralmente empregada para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado no que se refere a questões técnicas associadas ao reconhecimento dos direitos do paciente, bem como de sua subjetividade e cultura. A noção de humanização implica ainda a necessária valorização do profissional e do diálogo entre equipes.

Desconsiderar tal aspecto impossibilita operacionalizar uma assistência humanizada, pois se a proposta é humanizar o acolhimento, não é possível pô-la em prática se aquele que presta o acolhimento não estiver em condição para tal. Profissionais insatisfeitos com sua condição enquanto trabalhadores dificilmente estarão dispostos a refletir e a praticar o que é considerado um acolhimento humanizado.

Em decorrência de alguns indicadores obtidos por meio de análises situacionais realizadas durante o PNHAH dispararam um alerta para a necessidade de melhorias dos processos de trabalho em saúde. “A problemática adjetivada como desumanização – conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária e verticalizadas, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho etc – deriva de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da Política Nacional de Humanização(PNH). Ou seja, esses problemas são a expressão fenomênica – tomam expressão concreta e real – de certos modos de se conceber e de se organizar o trabalho em saúde”. O despreparo dos atores e o desconhecimento da dimensão subjetiva, que é fundamental na condução da prática em saúde, nem sempre faziam parte da rotina desses atores. Ligado a esse aspecto, um outro há que se destacar: a presença de modelos de gestão centralizados, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção, que não serão feitas

sem mudanças no modelo de gestão. A necessidade de aproximar a atenção da gestão é fator primordial para se produzir saúde. A atenção produz os dados de que a gestão tanto necessita para a gestão. A cogestão, e corresponsabilidade não podem mais ser ignoradas.” Assim, fenômenos genericamente apontados como desumanização expressam mais que falhas éticas individuais (de um ou outro trabalhador ou gestor), correspondendo a fenômenos cuja origem não está no fato em si, que apenas revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização. (MS. 2000).

Por se compreender que as ditas “práticas de desumanização” e “práticas desumanizadoras” são expressões de formas precárias de organização do trabalho, é necessário mudanças.

Mas essas mudanças ocorrem também por outra razão de natureza metodológica: o método da humanização. Entendendo o método como “modo de caminhar”, a Política Nacional de Humanização define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como dos analisadores que tais inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão.

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos à participação desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador da saúde.

Com o exercício desse método nos processos de formação, que efeitos se produzem? A resposta a essa questão se faz necessário considerar que os princípios da PNH são a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação, produção do comum) e o fomento do protagonismo das pessoas. Ou seja, o exercício do método – a inclusão – deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzir deslocamentos desde

seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns.

Todavia, não basta incluir. É necessário que essa inclusão, assim como o processo de produção de subjetividade a ela associado, sejam orientados por princípios e diretrizes. Para a PNH, tais orientações são clínicas, políticas e éticas, e tomam sentido no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes de atenção.

A PNH se assenta no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças. Ou seja, formar é, necessariamente intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro (Caderno HumanizaSUS. Volume I 2006).

3 JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal de 1988 expõe sobre os direitos dos cidadãos à saúde. O Artigo 196 diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Dessa forma, é garantido o acesso à saúde. Foi uma grande conquista do povo brasileiro, ao mesmo tempo em que se transformou em um grande desafio fazer chegar a essa população saúde de qualidade e com custo correto de produção, isto é, sem desperdícios de potencial humano e de recursos materiais ou insumos. Para a efetivação desse processo, temos como referencial os princípios básicos que orientam os gestores públicos na busca desse objetivo, que estão definidos na Legislação do SUS.

Mas os desafios são enormes, quando nos deparamos com um Brasil de grandes diversidades socioeconômicas, com a necessidade da corresponsabilização entre trabalhadores e gestores, o desconhecimento ou falta de acesso aos territórios, a “desvalorização dos trabalhadores de saúde, a

precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. (...) E com a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.” (MS 2003).

Diante desses grandes desafios, e na busca pela excelência, vários profissionais de saúde se mobilizaram na busca pelas melhores práticas, pois não cuidaremos mais apenas do agravo, e sim do Ser Humano pleno, bio, psico e sociocultural, quiçá espiritual – o Ser Humano, Ser Subjetivo, donde a subjetividade nos permite uma concepção de mente que é inseparável da história, da cultura e dos contextos atuais da vida social humana (...) permitindo ao homem uma produção sobre o mundo em que vive, e não simplesmente uma adaptação a ele (p. 16). “A cultura é uma produção totalmente subjetiva. O cultural é produzido e recriado pelo homem e suas instituições de forma subjetiva, o que implica necessariamente as emoções humanas. Subjetividade e cultura se configuram de forma recíproca em dimensões temporais diferenciadas. As produções subjetivas definem novas formas de cultura, de uma geração para outra, embora esse processo seja cada vez mais acelerado, pois a subjetividade é configurada na cultura desde o início mesmo da vida. A abordagem que aqui apresentamos é apenas uma forma de ampliar a visão de todos sobre a subjetividade do Ser Humano, e deste com o coletivo em que está inserido. O empoderamento dos coletivos – por meio de movimentos sociais, comunidades que buscam pela equidade de raças, etnias e identidade de gênero, pela valorização das diversas culturas e o conhecimento dos povos ancestrais da cura pelas plantas, a cura pela espiritualidade vivenciada pelos afrodescendentes – faz com que tenhamos mais indivíduos que buscam por uma saúde de qualidade. Bozhovich (1981, p.183) diz: “A personalidade, dessa forma, deixa de ser o resultado da superposição direta das influências externas e se manifesta como aquilo que o homem faz de si mesmo, como confirmação da sua vida humana”. Ele confirma sua vida dentro do seu trabalho diário, na comunicação com as demais pessoas. Assim, somos Seres Humanos subjetivos e vivemos em coletivo, contribuindo e recebendo contribuições do meio e do coletivo. Vygotsky terminou por nos fornecer, senão uma nova teoria da personalidade que enfatiza o papel da realidade social na formação do sujeito individual, mas a abertura de caminhos de pesquisa sobre como a cultura e o social,

permeados pela história, contribuem de maneira determinante para a constituição desse sujeito. “Sujeito e subjetividade são constituídos e constituintes nas e pelas relações sociais” (VYGOTSKY, Lev S. Teoria e método em psicologia. 1996). A busca, hoje, por mais qualidade em saúde é maior, incentivado pelo conhecimento que transita pelas redes sociais empoderando a população.

“Através da nossa subjetividade construímos um espaço relacional, nos relacionamos com o outro”.

“O paciente está mudando, o padrão de enfermidades está mudando, as tecnologias mudaram; contudo, o sistema de saúde não está mudando de acordo com as constantes inovações. Existe evidência crescente de que a forma atual de organização, financiamento e prestação de serviços de saúde não é compatível com um controle ótimo das doenças crônicas” (Bengoa, 2008) – razão pela qual a metodologia para implantar e implementar mudanças por meio da Humanização é coletiva, incentivando o protagonismo de seus atores. As mídias atuais empoderam os usuários, tornando-os mais cientes dos seus direitos enquanto cidadãos. Os fluxos dos processos de produção de saúde devem ser revistos constantemente, em decorrência das inovações tecnológicas que auxiliam e revolucionam de forma positiva o acesso, a qualidade, a resolutividade e a redução de custos de produção de saúde.

No que diz respeito à saúde, os autores afirmam que o movimento pela Humanização, ao elevar-se da predicação moral para a preocupação com o direito à saúde – o que implica reorganizar serviços e práticas –, incorpora a preocupação com a satisfação do usuário. A Humanização/satisfação radical possibilitaria ir além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, possibilitando a incorporação de opiniões e reivindicações da população, contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais de saúde e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns.

Apesar de todos os avanços no que diz respeito à área da saúde, Puccini e Cecílio (2004) lembram que a ética do direito à saúde, tomada de forma abrangente e radical, é antagônica à lógica social do capital. Para os autores, a proposição da Humanização ideal pode possibilitar transformações na estrutura social e nas relações sociais vigentes. Nesse sentido, essa proposição ganha o caráter de

“estratégia”, pois pode ir além do seu papel de melhorar especificamente as relações e condições materiais da assistência à saúde, levando, também, à redução de custos no processo produtivo da saúde.

A perspectiva da Política de Humanização é a construção de relações sociais que garantam a "dignidade do ser humano", seja ele usuário, profissionais de saúde e gestores. Dessa forma, estende a proposta de desenvolvimento e se transformar em uma Ferramenta de Gestão

Para o Ministério da Saúde (2004, p. 6), o ato de humanizar é tomado como "ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais." Diremos: Acolhimento de qualidade. Isso implica, portanto, o cumprimento dos deveres do Estado no que diz respeito ao oferecimento de uma rede de serviços capazes de responder objetivamente às necessidades da população, em termos materiais, bem como de considerar a subjetividade dos envolvidos no processo. Assim, evitam-se retrabalhos, por meio do monitoramento das metas, ações e passos contidos em um planejamento no qual a Humanização perpassa por todos os processos de produção de saúde – buscando prevenir doenças e não apenas tratá-las. Contudo, é primordial que os partícipes tenham conhecimento pleno da PEH.

4 OBJETIVO GERAL

Prevenir, cuidar, tratar, recuperar, promover, assim, produzir saúde de excelência fazendo uso do Potencial Humano de seus atores e com custo de produção compatível com as necessidades.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Qualificar o sistema de cogestão do SUS

- Criar um sistema de saúde em rede que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação ao cuidado e às dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário.

- Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado à saúde.

- Fortalecer os processos de regionalização cooperativa e solidária na perspectiva da ampliação do acesso com equidade.

- Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território.

- Considerar o complexo padrão epidemiológico do ser humano que se encontra no território, que requer a utilização de multiplicidade de estratégias e tecnologias;

- Superar a disputa de recursos entre os entes ou gestores, para a afirmação da contratação de responsabilidades sanitárias.

- Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para ampliação e fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural.

- Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS para a superação do subfinanciamento.

- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais,

- Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada para ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida.

- Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde.

- Fomentar estratégias de valorização do trabalhador, como a promoção das melhorias nas condições de trabalho (ambiência) e a ampliação investimentos na qualificação dos trabalhadores etc.

- Fomentar processos de cogestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde.

- Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção aos direitos dos usuários da saúde. (MS 2003).

- Sensibilizar e implantar a cultura de cogestão, com a participação dos atores (profissionais de saúde, gestores, usuários e comunidade), ampliando a comunicação, cooperação e integração que sempre vão se fazer sempre.

- Estimular e apoiar coletivos como um espaço de encontro de pessoas interessadas em discutir as dificuldades e potencialidades do trabalho.

- Compartilhar o cotidiano, acolher e debater as diferenças e buscar, por meio do diálogo, da análise e da negociação, propostas que permitam, de fato, melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, legitimadas por gestores e trabalhadores, visando também à redução de custos de produção.

- Estimular e apoiar a criação, fortalecimento e integração de práticas e planos institucionais de Humanização construídos a partir das necessidades identificadas nos serviços de saúde e de uma clínica ampliada.

- Estimular e apoiar a integração e produção de redes de cooperação entre as unidades de saúde, considerando que o SUS se faz em sua perspectiva de rede, com característica da conectividade. Para tanto, é imprescindível o apoio ao trabalho em equipe multidisciplinar e intersetorial.

- Fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão e forma de participação social, assim como a inclusão da rede afetiva e familiar dos usuários.

- Qualificar e apoiar gestores e equipes de saúde com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios.

5 MARCOS JURÍDICOS E NORMATIVOS

Política Estadual de Humanização fundamenta-se nos marcos jurídicos e normativos do SUS, em nível nacional e estadual, quais sejam:

– Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que ressalta os artigos 194 e 200, referentes à saúde.

– Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

– Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

– Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS/2003, eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

– Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

– Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção à Saúde.

– Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

– Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.

– Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que regulamenta as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS;

– Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

– Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

– Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora;

– Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

– Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, que institui as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

6 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

A Reforma Sanitária Brasileira não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a democracia direta, o controle social, a universalização de direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório. (Sérgio Arouca)

Levando o acima exposto, e necessitando de uma visão mais ampla, nasce, em 2003, a Política Nacional de Humanização, desta vez não mais um programa, mas uma Política com princípios, método, diretrizes e dispositivos, que consideramos *ferramentas de gestão*, objetivando e implementando as ações de produção de saúde, independentemente de onde seus atores estejam na cadeia produtiva, isolados do território ou em comunidades onde estão inseridos.

6.1 CONCEITO

Amparada nas citações acima, a construção da Humanização na saúde do Estado de Goiás é estabelecida por meio deste documento, que nos orienta a trabalhar em rede, com a participação dos profissionais de saúde, gestores e usuários. **E, ainda**, tendo como por condução princípios éticos de autogoverno ou

protagonismo dos atores, que nos levarão à ampliação de conhecimento dos territórios, das diversidades e especificidades desses mesmos princípios. Dessa forma, constroi-se uma rede de atenção para uma saúde mais eficaz, eficiente e com custo de produção reduzido.

Portanto, a Humanização é definida na PNH como valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde. A política traz como valores norteadores a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008). São esses valores que embasam os princípios da PNH, princípios esses que reforçam a necessidade de mudanças nas relações estabelecidas entre os envolvidos no processo de produção da saúde. Passam a ser fundamentais a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, com a garantia dos direitos de cidadania; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, com o fomento da transversalidade e da grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos envolvidos no processo; a corresponsabilidade desses sujeitos para com a gestão e a atenção; o fortalecimento do controle social em todas as instâncias gestoras do SUS; o compromisso com a democratização das relações de trabalho, bem como a valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde; a valorização da ambiência, garantindo a organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (Brasil, 2008).

6.2 A ESTRUTURA DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO/SUS-GO

A Humanização responde a tudo, com seus princípios, método, diretrizes e dispositivos, todos acionados por um método (Brasil 2007). Assim, a Humanização é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS.

A experiência nos diz que não se pode reduzir apenas um conjunto de pessoas ou nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. Para isso, a Humanização do Estado de Goiás se operacionalizará:

- Reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como indivíduos ativos e protagonistas das ações de saúde.
- Na construção de diferentes espaços de encontro entre indivíduos (Núcleo Técnico de Humanização, Grupo de Trabalho, Rodas de conversas, Colegiados de gestão etc).
- Na construção e na troca de saberes
- No trabalho em redes com equipes multidisciplinares, em atuação transdisciplinar.
- No mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes indivíduos do campo da saúde.
- No pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias da efetivação das políticas de saúde, entre as diferentes instâncias de gestão e da atenção, assim como gestores, trabalhadores e usuários desta rede.
- Na construção de redes solidárias e interativas participativas e protagonistas do SUS.

7 A POLÍTICA: PRINCÍPIOS/ MÉTODO/DIRETRIZES/DISPOSITIVOS

A PNH tem como método a tríplice inclusão: inclusão dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários), inclusão dos coletivos e inclusão dos fenômenos (analísadores) que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão. Os acontecimentos, fatos, fenômenos, se colocados em análise por um coletivo, fornecem subsídios para uma melhor compreensão dos limites de um determinado modelo de atenção à saúde, podendo ser encontradas soluções para tais limitações, a partir desta escuta qualificada e da análise coletiva dos dados coletados. Também incluindo e implementando o protagonismo dos diversos atores, ouvindo, compartilhando, corresponsabilizando-os e, dessa forma, efetivando a Humanização em todo processo de produção de saúde.

7.1 OS PRINCÍPIOS DA HUMANIZAÇÃO

a. Transversalidade:

A transversalidade reconhece que, em todas as áreas, será permitida a conversa com os usuários, gestores, ouvindo-os, deixando sua vivência fazer parte do processo, isto é, o profissional de saúde deve considerar os relatos de vida do usuário, e não somente fazer uso do seu conhecimento técnico-científico, não se esquecendo também de se trabalhar sempre de forma coletiva – lembrando que Humanização perpassa todos os processos de saúde (MS 2003).

b. Valorização, Autonomia e Protagonismo dos Sujeitos

A PEH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (MS. 2003)

c. Gestão Democrática e Participativa

A gestão democrática e participativa em saúde engloba o adequado funcionamento dos mecanismos institucionalizados de participação social, ampliando a legitimidade das ações governamentais e fomentando a equidade e a transformação das ações em saúde. Gestão Participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Tal gestão requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. (MS 2003)

Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e da produção de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PEH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras e inibidoras da autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

7.2 MÉTODO DA PEH/GO

O método ou via é um caminho a ser seguido para se chegar a um objetivo. Na PEH, buscamos transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre os atores, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, incluindo os diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários), ampliando a interação na busca de uma produção de saúde com mais autonomia, protagonismo e corresponsabilidades. O método proposto pela PEH é o da tríplice inclusão, isto é, a inclusão dos três atores: gestores, profissionais de saúde e usuários.

Assim, possamos ter a realidade da produção de saúde o mais fidedigna possível, contando com fatos e dados que nos servirão de base para planejarmos o futuro que desejamos (*4 Fact, form, feeling e future), o SUS QUE DÁ CERTO.

Ao incluir, devemos estar certos que teremos de ser hábeis para conviver com as diferenças, administrar conflitos, sugerir, fazer e receber críticas, inovar e aceitar mudanças, potencializar ações. Percebemos então que se trata de mudança de cultura organizacional em um coletivo muito diverso e onde a hierarquia é rígida e conservadora. Ouvir a experiência do usuário é uma fonte muito rica de informações que poderão mudar processos de trabalho e redução de custos de produção. Algo que exigirá esforços de todos atores em benefício da eficiência e eficácia. Ao utilizar-se sempre o modelo de discussões em “rodas de conversas e fomentando as redes de atenção”, tem-se uma visão total de todo processo de produção de saúde.

**Para a implantação da PEH nas unidades de saúde próprias e entidades do terceiro setor, estas receberão o apoio matricial da Gerência de Humanização e Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Saúde do estado de Goiás (SES). As unidades do terceiro setor ao assinarem os contratos ofertando serviços à SES, encontrarão uma cláusula específica com orientações para a implantação de uma gerência ou coordenação de Humanização, para a efetivação da PEH em suas unidades que serão monitoradas pelos atores que realizam o apoio matricial.*

7.3 DIRETRIZES DA PEH/GO

O que são diretrizes? São linhas que definem e regulam um traçado ou um caminho a seguir. Diretrizes são instruções ou indicações para se estabelecer um plano, uma ação, um negócio etc. No sentido figurado, as diretrizes são as normas de procedimento. E na Política Estadual de Humanização, quais são as nossas Diretrizes?(Ministério da Saúde 2003)

- Clínica Ampliada
- Cogestão
- Acolhimento
- Ambiência
- Valorização do trabalho e do trabalhador
- Defesa dos Direitos do Usuário
- Aperfeiçoamento dos coletivos e redes
- Construção da memória do SUS que dá certo

7.4 DISPOSITIVOS OU FERRAMENTAS DE GESTÃO DA PNH

Dispositivos são estratégias que utilizamos como ferramentas de gestão, oportunizando e realizando mudanças nos processos de trabalhos, podendo ser adequados aos diversos territórios e atores.

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 Cogeridos 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.

Tomamos como orientações alguns dispositivos:

1. Acolhimento
2. Clínica ampliada
3. Cogestão
4. Defesa dos direitos do usuário
5. Valorização do trabalho e do trabalhador
6. Fluxograma analisador
7. Aperfeiçoamento dos coletivos e redes

a. Acolhimento

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (MS 2004). É orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum, que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Assim podemos explicitar o acolhimento como:

1. O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso
2. O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado
3. O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (MS. 2004).

“Acolher é o que inaugura e sustenta o processo de saúde. Acolher é ver o ser humano que está do seu lado de forma macro, holística, isto é, bio, psico, sociocultural e, quiçá, espiritual. Seja ele seu colega de trabalho, seu gestor ou usuário SUS.” (SB 2024)

b. Clínica Ampliada

Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho (Cadernos HumanizaSUS

67). É formação em equipe, construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe. Uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde. É, enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua.

c. Cogestão

Gestão Democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, da clínica e da saúde coletiva. Democracia implica necessariamente compartilhamento de poder, portanto das decisões, orientadas por princípios éticos e políticos. Horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construir corresponsabilização, não são atos do acaso, mas construídos segundo dispositivos e arranjos para tal fim. Colegiados gestores, trabalho em equipe, rodas de discussão, inclusão da rede sociofamiliar dos usuários, Núcleo de Trabalho em Humanização (NTH), entre outros, são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada;

d. Valorização do Trabalhador

Nesse campo, nos deparamos frequentemente com frases de trabalhadores e situações que indagam: “Como se cuida de alguém quando se sente descuidado? Como se produz saúde num labor que produz adoecimento? Como oferecer um atendimento (cuidado) humanizado sem a humanização se fazer nas condições e relações de trabalho?”¹

Valorizar o trabalhador é permitir e garantir sua inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde; é assegurar condições de trabalho, de exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados – nem lugares em que práticas e atitudes inaceitáveis se reproduzam e se naturalizam, como o descaso com o sofrimento das pessoas, com as histórias de

¹ <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/928-941/>

vida. Valorizar o trabalhador é produzir modos de gestão das organizações. Valorizar o trabalhador e o trabalho são, portanto, tarefas decorrentes da ampliação de nossa capacidade de produzir processos civilizatórios e democráticos mais extensos, plurais e regidos pelo interesse público. Na perspectiva dos trabalhadores, a Humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam.

Valorizar o trabalhador vai além das práticas do ESG (ambiental, social e governança, na sigla em inglês), que é um conjunto de padrões e boas práticas, que visa definir se uma empresa é socialmente consciente, sustentável e corretamente gerenciada. Trata-se de uma forma de medir o desempenho de sustentabilidade de uma organização. Mas o que a ESG tem em comum com a PEH Humanização e Valorização do Trabalhador? “Ao proporcionar que os funcionários tenham satisfação no trabalho, impulsiona-se o desenvolvimento sustentável de qualquer organização. Com a popularização da temática ESG, as questões que trabalham a motivação e o cuidado com os profissionais da empresa ganharam ainda mais destaque, principalmente nas ações da temática social, que também valorizam as relações com as partes interessadas do negócio, como os clientes, comunidades, entre outros. Uma pesquisa realizada pela Warwick University mostrou que colaboradores felizes são 20% mais produtivos que aqueles que não se sentem satisfeitos no trabalho. Outro estudo da Empresas Humanizadas (2019) mostrou que empresas preocupadas com a Humanização das relações de trabalho geram 225% mais engajamento entre os funcionários e 240% maior fidelização de clientes. Essas organizações que têm como base a Humanização no trabalho podem alcançar mais do que o dobro de rentabilidade financeira em um período entre quatro e 16 anos. Significa que uma empresa Humanizada, que se preocupa com as relações saudáveis e com o ser humano, é uma empresa mais forte”.

Apoiar e valorizar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair

da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da coletividade entre aqueles que estão em situação de trabalho. A construção e sustentação de sentimento de pertencimento ao grupo e corresponsabilização coletiva é imprescindível para a formação de compromisso e contratação de tarefas com as quais se busca ampliar a eficácia das práticas e, ao mesmo tempo e de forma indissociável, qualificar os espaços de trabalho, afirmando-os como importante lócus de realização profissional. Essas são as principais ofertas e os desafios dos processos de formação em humanização

e. Participação e Ação dos Usuários e seus Direitos e Deveres

Os direitos do usuário são ditados na Carta Magna de 1988, sendo assim assegurados a todos o direito de acesso à saúde e aos cuidados para que tenham qualidade de vida. A primeira Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi publicada em 2006 (Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006). Contudo, o sucesso desse processo não depende apenas dos profissionais de saúde, mas do usuário também.

Na perspectiva dos usuários, a questão da Humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos. O usuário tem feito uma pergunta simples, mas de grande potência para problematizar os modos de cuidado que temos construído: Quem cuida de quem? Quem me cuida, com quem eu conto? (MS 2004). É fundamental que o usuário SUS se torne responsável pelo seu tratamento, que seja participativo em todo processo. Assim, empoderar o usuário com informações e orientações para que possam gerenciar de modo independente seu processo de busca por qualidade de vida. Dessa forma, o usuário perceberá que tem também uma parcela de responsabilidade sobre o sucesso ou não de sua recuperação.

Definimos assim o autocuidado como “práticas ou as atividades que as pessoas iniciam e realizam em benefício próprio, com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O autocuidado é observado a partir do comportamento das pessoas, de ações aprendidas e aplicadas cotidianamente e que contribuem para a manutenção da sua qualidade de vida, sua saúde e bem-estar. Essa prática do autocuidado deve ser autônoma, ou seja, envolve a decisão consciente da pessoa e

o desejo de realizá-la, porque entende seus benefícios.” (OREM, 2001 apud MATOS, 2020).

Portanto, com base no citado, contemplamos direitos e deveres do usuário SUS.

f. Fluxograma análise

O fluxograma analisador é utilizado como um instrumento de análise com o objetivo de ampliar a visão dos gestores sobre o trabalho. A finalidade consiste na exposição, análise crítica e pesquisa experimental dos achados. É construído a partir da observação e discussão dos processos de trabalho. Objetiva obter o caminho que um usuário SUS percorre ao buscar por mais saúde em uma unidade SUS. Permite verificar possíveis gargalos ou dificuldades entre os diversos coletivos de profissionais de saúde, oportuniza a eficiência, eficácia e redução de custos de produção. Mapear, fazer, verificar e agir (PDCA: Planejar; Fazer; Verificar e Agir) é de fundamental importância para qualquer empresa, pública ou privada. O mapeamento de processos de trabalho é primordial para o sucesso. Em se tratando de produção de saúde é impossível imaginar erros. Ao padronizá-los, não dependeremos apenas do conhecimento de um servidor, por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Em decorrência dos POPs, pessoas de diferentes áreas poderão utilizar fluxogramas para tomada de decisões, resolução de problemas e melhoria de sistemas. O fluxograma analisador nos permite compreender as ações realizadas para a condução de processos por meio de documentos, da descrição de etapas e atividades envolvidas em um determinado processo dentro de uma unidade, do início até o fim. Quando elaboramos a representação gráfica, podemos visualizar, de forma clara e detalhada, como as atividades são executadas, identificando gargalos, falhas e oportunidades de melhoria.

g. Aperfeiçoamento dos coletivos e redes.

[...] lidam com o limite humano, com nossa impotência, com a evidência de que não somos deuses [...]. Lidam com a morte, a doença e a dor. Trabalham em ambientes perigosos (germes, fracassos, competição, etc.), logo, precisam, além de planos de carreira e salários, de apoio, o que tem o sentido de estar sempre em análise. Trata-se de uma função que se expressa num

determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa e persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos. Campos (2003, p.86)

Ao pensar na ampliação da coletividade, devemos iniciar focando sobre a fragilidade dos coletivos que hoje produzem saúde. A falta de conhecimento de muitos profissionais é frequente, e bem sabemos que: “*formação é intervenção e que intervenção é formação*” (Cadernos HumanizaSUS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília – DF 2010, Volume 1 Formação e Intervenção). Precisamos investir com o objetivo de fortalecê-los. Nesse sentido, a implantação e o aprimoramento dos dispositivos da PNH, em particular do Núcleo Técnico de Humanização(NTH), são de suma importância, pois sabemos também que a grande maioria dos nossos profissionais desconhecem a PNH. Muitos pensam que é tratar com carinho o usuário, quando a PEH nos diz que é muito mais, *é Ferramenta de Gestão*. E para se trabalhar em equipes, é trabalho de conexão, de troca de saberes e afetos, como diz Campos—Gastão W. S. (2006-2000).

A fragmentação do trabalho distorce e dificulta a formação de coletivos, mudando, muitas vezes, o objetivo das reuniões dos núcleos técnicos, nos quais deveríamos realizar troca de saberes e conhecimentos. Tornam-se, assim, locais de trocas de momentos frustrantes vividos por esses coletivos. Tais encontros tornam-se mais como um *fardo* vivido pelos trabalhadores, uma vez que a compreensão de *trabalho em equipe* é frágil e a constituição de equipes multiprofissionais não superou a fragmentação manifestada nas ações diárias dos serviços. Ela se mantém presente na dissociação dos procedimentos e tarefas de cada profissão, bem como na relação entre os trabalhadores de diferentes formações (Gomes et al., 2005), não viabilizando novas formas de condução de trabalho e práticas exitosas. A gestão é parte fundamental ao incentivar a participação dos profissionais nos NTH, pois trata-se de momentos de troca de saberes. Cabe à instituição realizar o apoio para que aconteça a inclusão de todos nas situações-problemas, sem propor soluções adversas e nem soluções inatingíveis ou culpabilizar outros por ações ou estimular a vitimização. Com esse fio condutor, compreende-se o espaço de trabalho como construído pelos atores que estão em cena, e cada um é gestor de seu próprio fazer (Schwartz, 2000), tendo em conta que toda atividade pressupõe negociações e debates de normas para a serem realizadas.”

Ao pensar na ampliação dos coletivos, podemos imaginar o grande desafio ao falarmos de coletivos que dependem de outras unidades. Quando o usuário deixa a unidade primária para buscar unidades especializadas ou de maior complexidade, o fluxo da rede de atenção torna-se muito maior. Então, as propostas da PEH, ao serem tomadas aqui, como desafios, são postas em análise. Em que medida se tem dado conta dessas intervenções? Quais pistas nos ajudam a avaliar as repercussões desse modo de trabalhar? Tem-se cuidado para dimensionar o alcance dessas intervenções? De que forma? Com que referencial e com que instrumental?” (Santos Filho, 2007b). Daí a necessidade de um componente necessário os NTHs dentro das unidades de saúde, como forma de agilizar a comunicação, não deixando faltar a segurança do paciente ao transitar pela rede de atenção à saúde ou a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Ampliado o coletivo, podemos elaborar os fluxos mediante a realidade do território/perfil epidemiológico e pontos de atenção. Lembrando que a construção dos mesmos dar-se-á com a participação dos três atores: usuários, profissionais de saúde e gestores.

8. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DA PEH/GO

Em decorrência da especificidade do tema, vários autores sinalizam que a formação dos profissionais de saúde implica a apreensão da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, desse modo, requerem ações de formação que se engendrem em um processo de construção coletiva com os atores envolvidos. Conforme apontam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) [...] [...] a formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Nas práticas vigentes no SUS, tal processo somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários. É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e

da invenção de novos territórios existenciais. (2005), Mattos (2001) e Ceccim (2004).

A integralidade, princípio e diretriz do SUS, coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não-fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras questões. Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um *ethos*, uma prática ético-política no campo da saúde que se contrapõe aos reducionismos, à objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação (MATTOS, 2001). Ou seja, o que está em jogo também são as concepções/práticas de formação vigentes no campo da saúde. Como afirmar a integralidade sem problematizar as práticas de formação pautadas em concepções que dissociam atenção e gestão, pensamento e vida, e que ainda focalizam a intervenção profissional no binômio queixa – conduta? Percebe-se que um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside exatamente nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e modelos de gestão (modos de gerir). Tal separação tem ratificado práticas que concebem a gestão como reduzida à administração do sistema de saúde e centrada na figura do gestor. Desse modo, há aqueles que planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde (os gestores) e aqueles que executam e operacionalizam os planejamentos formulados por outrem – de um lado, os que planejam/pensam e, de outro, os que fazem/cuidam. Essa formulação indica desenhos de gestão que se materializam em modos de organização dos processos de trabalho, na definição de modos de cuidar e, ainda, na elaboração de políticas de formação dos profissionais. Ressaltamos que as políticas de formação pautadas nesse modelo dualista e dicotômico de gestão acabam por instituir processos de formação que, dissociados dos modos de cuidar e de gerir, operam uma cisão radical entre pensamento e vida. Planejamento com falta de dados, oportunizando erros de gestão. (MS 2013).

Contextualizando, segundo o Dr. Eugênio Vilaça em seu livro *As Redes de Atenção*: “Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à

saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita à responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são organizadas por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.”

O quadro abaixo expõe, de forma clara, a necessidade de se ampliar o conhecimento de todos atores envolvidos na produção de saúde, porque: “O paciente está mudando, o padrão de enfermidades está mudando, as tecnologias mudam; contudo, o sistema de saúde não está mudando. (BENGOA, 2008).

Características de Sistemas de Gestão

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

Fontes: Mendes (2001b); Fernandez (2004)

9. CONDUÇÃO DO PROCESSO OU MODO DE CAMINHAR PEH/GO

A implantação ou a implementação da PEH consiste em um grande desafio, pois trabalharemos com diversidades e especificidades de coletivos e territórios – principalmente quando for necessário utilizar as redes de atenção e sua complexidade. Interferências, divergências, administração de interesses e conflitos serão constantes em nossos dias e noites. Fluxos, protocolos, pactuações, indicadores, monitoramento e avaliações oficializados serão também nossos instrumentos de trabalho. Para a condução de uma produção de saúde eficiente e eficaz, faz-se necessário nos atermos ao suporte que descreveremos:

9.1 NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO

O Núcleo Técnico de Humanização é uma instância da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, instituído por portaria e vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário, responsável pela coordenação do desenho e implementação da Política Estadual de Humanização. Dessa forma, garante-se o alinhamento às diretrizes de gestão da SES-GO, a disseminação do conceito de Humanização nas diversas áreas da secretaria, nas unidades estaduais de saúde (hospitais e policlínicas), nas regionais de saúde e nos municípios. O núcleo é também responsável pelo acompanhamento de ações e resultados, bem como pela inserção da Humanização no desenho do processo de regionalização da saúde no Estado e a inclusão das diretrizes e programas da PEH no Plano Estadual de Saúde.

O NTH é composto por:

- Um representante do Gabinete do Secretário.
- Dois servidores de cada Superintendência da SES, sendo um titular e um suplente.
- Um técnico responsável pela coordenação do desenho e implementação da Política Estadual de Humanização (PEH), bem como do Programa de Apoio Técnico em Humanização no Estado de Goiás e a formação da Rede de Articuladores.
- Um articulador de Humanização, das áreas envolvidas, quando se fizer necessário, com anuência do seu gestor imediato, de servidores de cada superintendência, de acordo com o organograma atual e a necessidade da participação ativa.

9.1.1 Princípios norteadores do NTHC/GO:

Transversalidade, Interdisciplinaridade, Indissociabilidade, Capilaridade, Integralidade.

9.1.2 Os três eixos norteadores que objetivam as estratégias:

Eixo: Comunicação, Informação e Tecnologia

Elaboração de processos de comunicação visando a um trabalho organizado e passível de ser avaliado por meio de indicadores. A tecnologia com suas inúmeras ferramentas proporcionando disseminação de informações, agilidade, elaboração de conteúdo, acolhimento e atenção humanizada.

Esse eixo baseia-se em:

- a) acolhimento de forma holística, com escuta qualificada visando a uma produção de saúde eficiente, eficaz com baixo custo de produção de saúde;
- b) comunicação efetiva e adequada a cada ser humano, fazendo-se ser entendido e compreendido pelos seus pares, visando à continuidade do cuidado;
- c) condições de um clima organizacional que acolha gestores, servidores e usuários em um espaço social seguro e saudável e que proporcione uma rápida e efetiva produção de saúde;
- d) apoio matricial oferecendo aos profissionais de saúde possibilidades de atuarem de forma interdisciplinar e com abordagem holística do usuário, não tão somente do agravo que o fez buscar uma unidade de saúde;
- e) implantação, ampliação e implementação da Política Estadual de Humanização como ferramenta de gestão;
- f) obtenção de dados fidedignos para a elaboração de projetos, programas e gestão, por meio de tecnologias que possam contribuir para o formato da coleta, análise de dados visando uma gestão do cuidado com eficiência;
- g) utilizar a auditoria de forma criteriosa nos serviços prestados.

9.2 EIXO: EDUCAÇÃO PERMANENTE

É um conjunto de ações que defendem a dimensão educativa e pedagógica como indissociável do processo de trabalho, construída a partir da observação do cotidiano do trabalho, das dificuldades apresentadas e do comportamento, bem como dos indicadores de resultados da organização.

Esse eixo baseia-se em:

- a) qualificação do profissional dos serviços de saúde;

b) processo de implementação, ressaltando a importância de mantê-la como política de Estado estratégica para o processo de construção do SUS, por meio da requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população;

c) apoio da clínica ampliada;

d) processo de aprimoramento do raciocínio, o qual deve ser desenvolvido por meio de diversas estratégias, destacando-se o questionamento, a análise crítica e a busca por soluções criativas e inovadoras;

e) intercâmbio coletivo de experiências exitosas;

f) educação permanente, aprendizagem no local de trabalho, no cotidiano de todos os envolvidos. Baseia-se nas especificidades do trabalho, do território, da cultura e sociedade em que se ocorre a produção de saúde;

g) apoio ao ensino, pesquisa e extensão;

h) tomada de decisão segura, efetiva e transversal;

i) a estratégia deve atingir uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão políticos técnicos do sistema.

9.3 EIXO: PARTICIPAÇÃO E AÇÃO DOS USUÁRIOS

As ações são pautadas no protagonismo do usuário, na escuta qualificada de seu agravo, de suas queixas, sugestões e resoluções.

Esse eixo se baseia em:

a) escuta qualificada de suas necessidades;

b) cuidado apoiado;

c) respeito às decisões tomadas;

d) estabelecimento de vínculos;

e) adequação da fala ao entendimento do usuário.

9.4 COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO – NTH/GO

a) implantar e implementar a Política Estadual de Humanização, com seus Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos, objetivando-se nortear as práticas de saúde do SUS;

b) aproximar a atenção da gestão, com o objetivo de elaborar, planejar e monitorar as ações de produção de saúde;

c) empoderar e estimular o protagonismo dos sujeitos que produzem saúde e dos usuários do SUS;

d) ampliar e incentivar o trabalho colaborativo e participativo, ao mesmo tempo em que se cria um espaço de discussão dos desafios e busca de soluções;

e) lembrar/conscientizar que a PNH é transversal, que dispõe de dispositivos e diretrizes que nos norteiam na condução de práticas gerenciais eficientes e eficazes;

f) atuar na formação de líderes;

g) estabelecer vínculos, consolidar redes;

h) ter como base o princípio da transversalidade, utilizando ferramentas para consolidar vínculos entre os três atores: gestores, profissionais de saúde e usuários. Incitar e sistematizar a participação das diversas redes de atenção de forma resolutiva;

i) atuar de forma ativa nas reuniões técnicas e articular nas diversas instâncias, acompanhando, avaliando, monitorando e analisando;

j) elaborar e revisar Diretrizes, Protocolos, Manuais, Procedimentos Operacionais e Gerenciais;

k) elaborar o regimento interno e submetê-lo à aprovação do Secretário de Estado da Saúde;

l) estimular e apoiar a criação, fortalecimento e integração de práticas e Planos Institucionais de Humanização;

m) qualificar e apoiar gestores e equipes de saúde com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios;

n) apoiar os representantes da SES-GO nos municípios e serviços de saúde nas Macrorregiões;

o) apoiar e responder às demandas de origem interna e externa à SES-GO relativas à Humanização.

9.5 COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO TÉCNICO DE HUMANIZAÇÃO – NTH QUANTO AO TRABALHADOR/GO:

O NTH tem ainda como atribuições a valorização do trabalhador, do trabalho realizado pelos profissionais da saúde, da normatização do trabalho, da qualificação, da contribuição no processo de produção e empoderamento do trabalho e do trabalhador.

É ainda contribuição do NTH a participação ativa do sujeito como preconizado pela PNH, não apenas como que um recurso humano, mas como potencial humano que fará a efetivação do SUS, tendo como atribuições:

a) ter como propósito um ambiente organizacional favorável, obedecendo às normatizações, desenvolvimento e empoderamento dos atores, e que prime pela cogestão e sucesso;

b) apoio matricial à Gerência de Pessoas e Desenvolvimento para a realização dos estudos das políticas de desenvolvimento de gestão do trabalho, da qualificação e especialização na saúde; mediar, quando se fizer necessário, nas relações de conflitos entre os atores e nas relações de trabalho, buscando estabelecer condições favoráveis e vínculos nos processos de produção de saúde. É alicerçada na equidade e potencial humano dos seus atores visando o sucesso coletivo;

c) implantar, implementar, monitorar e avaliar os dispositivos da Política Estadual de Humanização;

d) implantar, monitorar e avaliar as ações e atividades previstas no Programa de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores. Dar prioridade à promoção, proteção e prevenção de agravos relacionados à saúde do trabalhador;

e) estabelecer medidas para divulgação e adesão dos serviços;

f) estabelecer canais ativos, participativos, interativos com o intuito de estabelecer vínculos e disseminar conhecimentos entre os atores envolvidos;

g) ampliar a participação do trabalhador nos espaços social e de gestão, por meio das rodas de conversa, o incentivo às redes de saúde e aos movimentos sociais, bem como a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças;

h) publicitar e sensibilizar os atores para os seus direitos e deveres em relação à gestão participativa e organizada no SUS;

i) reconhecer a relevância desses atores sociais na construção e consolidação do SUS, ensejando o diálogo entre a gestão federal e outras esferas do sistema de saúde.

10 REDE DE APOIO DE ARTICULADORES DE HUMANIZAÇÃO ÀS REGIONAIS DE SAÚDE

Realizará apoio na composição com as regionais de saúde, promovendo análise crítica dos cenários com os diversos atores e formação em Humanização.

10.1 ATRIBUIÇÕES DO ARTICULADOR REGIONAL DE HUMANIZAÇÃO:

- Mobilizar a formação e fortalecimento de coletivos de discussão e proposição de ações.
- Disseminar o conceito e as práticas de humanização.
- Buscar articulação intersetorial, assim como facilitar a integração entre as áreas da Regional de Saúde e as unidades de saúde, no âmbito regional e nos vários níveis da rede.
- Favorecer o diálogo, por meio de espaços de escuta e fala, entre regionais, municípios e unidades de saúde.
- Conhecer as ações locais de humanização, por exemplo, por meio de visitas para conhecimento e identificação de grupos e ações/planos de humanização em desenvolvimento nos municípios e nas unidades de saúde.
- Estimular a criação de espaços de discussão loco regionais sobre humanização, com foco nas diretrizes e nos dispositivos da PEH.
- Favorecer a integração e troca de informações e resultados com a Rede de Articuladores da Atenção Básica.
- Acompanhar e oferecer suporte à implementação e ao funcionamento do Plano Estadual de Humanização nas unidades da rede de Serviços de Saúde da SES/GO nas Regionais de Saúde e municípios, respeitando os critérios de Regionalização da Atenção à Saúde.
- Facilitar a integração intersetorial, especialmente de representante da Secretaria de Desenvolvimento Social/ Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social.

-Acompanhar o desenho de planos regionais e institucionais de humanização, favorecendo a inclusão dos municípios nesse processo.

- Monitorar os resultados conforme indicadores propostos pela PEH. Assim desempenham funções de caráter mobilizador, integrador, articulador e organizativo de coletivos regionais de humanização.

11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA PEH/GO

“A importância e o papel da informação já estão bem ressaltados no âmbito da gestão dos serviços/sistemas de saúde. Comumente, fala-se em informação estratégica para a gestão, que seja capaz de apoiar as tomadas de decisão e nesse sentido procura-se abranger diferentes dimensões de avaliação e qualidade.” (Santos Filho - Serafim Barbosa. Brasília – DF 2009).

Por meio de dados, informações, avaliações dos processos de trabalho, podemos planejar toda gestão e atenção com redução de riscos. Gastão Wagner diz: “Para se caracterizar como dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos (CAMPOS, 2000).

O monitoramento de ações, permite-nos redimensionar nossos fluxos de trabalho, baseado nos eixos e indicadores, assim, não esperando pela conclusão do processo que poderá não ser exitoso. Acompanhar o desenvolver processos é de fundamental importância, verificando se as metas estipuladas são cumpridas conforme as datas fixadas e certificando a qualidade das ações e o clima organizacional da equipe e desta forma, possibilitando uma análise fidedigna de resultados.

12 HUMANIZAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

“A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) (MS 2011)”.

Sendo uma política transversal a PEH perpassa por todas as Redes de Atenção (RAS), como um modo de alinhamento do processo de produção da saúde.

As RAS foram idealizadas e institucionalizadas após inúmeras discussões dos gestores, profissionais e pesquisadores do SUS, de modo que fosse possível atender populações em diversos territórios com o objetivo de prestar Atenção Integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada com integração entre os diversos pontos de atenção (locais que prestam atenção singular) que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita. e como meio de redução de custos de produção de saúde. Pois, temos hoje uma situação epidemiológica e demográfica com altas taxas de doenças crônicas. (Vilaça. 2015)

Essa definição traz a ideia de construção de outra forma de assistir à população, considerando que os resultados esperados não são alcançados, não são suficientes ou estão em desacordo com alguns aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que ocorreram na sociedade brasileira. Nos dias atuais as doenças crônicas são as maiores causas de mortalidade, o adensamento da população, hábitos alimentares inadequados que anos anteriores eram práticas das grandes cidades fazem parte de territórios mais distantes. Exigindo dos gestores planejamentos de redes de atenção que possam atender toda população. O sistema de redes será construído ou deliberado a partir da realidade dos territórios e suas necessidades e especificidades. É primordial o fortalecimento da Atenção Primária, pois é ela onde tudo começa na produção de saúde. As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011). Sistemas fragmentados devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS.

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde:

1. A população

É uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica; isto é, a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS em um território previamente. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível ofertar saúde que atenda suas especificidades.

2. Estrutura Operacional

A estrutura operacional é constituída pelos “*nós*” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que se comunicam.

3. Modelos de atenção à saúde

Trata-se dos sistemas lógicos que se articulam mediante a realidade dos territórios e de sua epidemiologia, da logística para deslocamentos de usuários e profissionais de saúde, de forma ágil e simples, estabelecendo fluxos de produção de saúde eficiente e eficaz, com custos operacional condizente com as necessidades, reduzindo perdas de insumos, potencial humano e vidas nos territórios.

12.1 ATRIBUIÇÕES NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PEH

Como proposto acima, pelo método da PNH, a gestão será compartilhada entre os atores, isto é, gestores, trabalhadores e usuários na construção da política em seus territórios, na qual o protagonismo dos sujeitos será fator primordial.

12.1.1 Atribuições:

a. Gestor

Caberá aos gestores Estadual, Municipal e das Unidades de Saúde:

* Cultivar ações que ampliem ou aproximem as relações entre os atores, implementando a horizontalização das relações, oportunizando o conhecimento e agilização dos processos ao mesmo tempo em que se estimula o protagonismo e a corresponsabilidade e desta forma também promover a descentralização e regionalização.

- * Implantar ouvidorias, comitês, núcleos de trabalhos, como fonte de dados para a realização de uma gestão segura.

- * Implantar e implementar canais de articulações entre os atores estabelecendo a transversalização das ações da PEH.

- * Incentivar a integralidade e a equidade em todos os níveis de atenção, revendo e atualizando modelos de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que se visa oferecer serviços com qualidade, humanizados e equilibrados.

- * Divulgar e realizar trocas de experiências exitosas entre unidades de saúde e territórios.

- * Garantir recursos financeiros para as ações de PEH que requeiram.

b. Gestor Estadual

- * Ajudar os municípios na elaboração do Plano Municipal de Humanização, orientando suas atividades buscando implantar e implementar a PEH.

- * Fomentar as ações, projetos, programas e planos de saúde, com ênfase às especificidades das unidades de saúde e territórios do Estado.

- * Incentivar a adequação dos espaços físicos tendo como base a realidade das unidades, tendo como referência as normas técnicas (NR, estruturas físicas adequadas e ergonomia), das melhorias das condições de trabalho nas unidades de saúde, lembrando também, que a ambiência, envolve o clima organizacional das unidades, a relação interpessoal entre os atores e o fluxo organizacionais.

- * Inserir práticas de segurança do paciente nas unidades de saúde. Prevenindo riscos evitáveis.

- * Implementar as políticas que promovam a produção de saúde de qualidade,

- * Fomentar a valorização do trabalhador da saúde (incentivar a criação de vínculos, estruturação de carreiras, qualificação das condições de trabalho, saúde do trabalhador (cuidar de quem cuida).

- * Auxiliar na implantação e implementação de planejamento de gestão, criando indicadores que poderão ser avaliados ao longo das atividades da PEH.

- * Ampliar e incentivar a participação dos atores nos coletivos de planejamento, monitoramento, avaliação das atividades da PEH

- * Participar do processo de criação do selo de qualidade nas unidades de saúde, estabelecendo critérios de avaliação das unidades e serviços da rede de atenção à saúde, enfatizando a “Segurança do Paciente”.

c. Trabalhador

- * Realizar suas atividades com postura ética, que institucionalize a PEH e os seus princípios.
- * Atuar de maneira proativa e integrativa em todo processo de produção de saúde. Com isso, ampliar o coletivo, isto é, trabalhar em equipes.
- * Incluir o usuário e seus familiares no processo de produção de saúde, tornando-os corresponsáveis, como preconiza o método da PNH.
- * Atuar nas equipes multidisciplinares com práticas interdisciplinares, tendo uma visão holística do ser humano atentando para suas especificidades.
- * Estimular a construção de coletivos de trabalho com o objetivo de melhoria contínua dos processos por meio de discussões e análises, agilizando e reduzindo assim, os custos de produção de saúde.
- * Buscar conhecimentos através da Educação Permanente.
- * Criar ações de implantação da PEH nas unidades.
- * Acompanhar e monitorar as ações de humanização nos serviços de saúde.
- * Participar da construção dos indicadores para avaliação das ações desenvolvidas.
- * Participar da construção das exigências para obtenção do selo estadual de humanização, tais como: práticas, ações, iniciativas, e inovações, dirigidas para a PEH.

d. Usuário

- * Empoderar e envolver-se na confirmação dos seus direitos e deveres, expressos nas Políticas do SUS e na Carta Magna de 1988, Artigo 196.
- * Atuar em coletivos, tais como: conselhos, conferências de saúde e controle social do SUS com o direito de representar e ser representado.
- * Criar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias de controle social do SUS.

13 ATRIBUIÇÕES DOS PARCEIROS E OU GESTORES DE UNIDADE GERIDAS POR OS (anexo nº 01)

14. PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO

Em decorrência da realidade do Estado de Goiás e tendo como referencial o acima exposto e as Diretrizes da PNH. Foram definidas as seguintes ações:

1. Criar Grupos Integrados de Humanização em todos os níveis de atenção, tendo como objetivo disseminar o conceito da PEH nos territórios, tornando-o uma prática em todo processo de saúde. Serão coordenados pelo Núcleo Técnico de Humanização.

2. Realizar apoio técnico e formação em humanização.

3. Promover a participação, difusão de conhecimentos e práticas, fortalecer vínculos, fatores esses indispensáveis para o funcionamento em rede.

4. Integrar e articular os profissionais entre si e equipes no interior dos serviços entre os serviços e destes com outros setores e políticas públicas.

3. Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados. Processos de avaliação permanente e participativa dos resultados das políticas de saúde são fundamentais para a qualificação das ações e para a correção dos rumos do trabalho.

14.1 METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO ESTADUAL

	SES	Diretorias e Regionais de Saúde	Municípios	Unidade de Saúde
Plano de Intervenção	Política Estadual de Humanização	Plano Regional de Humanização	Plano Municipal de Humanização	Plano Institucional de Humanização
Instância de validação	NTH-SES COSEMS CES	CGR	CMS	Comissão de Humanização
Inserção Estratégica	Plano Estadual de Humanização	Plano Regional de Humanização	Plano Municipal de Humanização	Plano Estratégico Institucional

14.2 ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO DA PEH

ETAPAS	2024	2025	2026	2027
1. Elaboração das diretrizes gerais da PEH				

2. Formação da equipe NTH SES				
3. Mapeamento e sensibilização das áreas				
4.1. Fase de construção PEH				
5. Articulação com áreas SES				
6. Parceria COSEMS e SMS				
7. Criação de sistema de gestão				
8. Pesquisa de satisfação do usuário				
9. Apoio e Formação em Humanização				
10. Inclusão PEH no planejamento SES				
11. Formação do GT tripartite (COSEMS e SMS)				
12. Levantamento da Humanização Unidades SES				
13. 2ª fase de construção PEH Estado/ Municípios				
14. Oficialização NTH SES				
15. Discussão crítica e validação da PEH				
16. Processo seletivo Articuladores Humanização				
17. Lançamento PEH				
18. Implementação da PEH Estado/ Municípios				
19. Inclusão Indicadores em contratos de prestadores de serviço				
20. Avaliação da PEH				
21. Adequação da PEH para 2023/2024				
22. Encontro Estadual de Humanização				
23. Implantação do Sistema Selo e Premiação				

CONCLUSÃO

Para a efetivação do SUS, fazem-se necessários investimentos em humanização durante todo processo de produção de saúde. Mas, como citado diversas vezes, Humanização não é tão somente tratar o Ser Humano com carinho, é muito mais do que carinho, é uma **Ferramenta de Gestão**. Para muitos pode parecer até utopia, contudo, se efetivarmos seus princípios, método, diretrizes e dispositivos, aproximando seus atores, conhecendo o que acontece na linha de produção de saúde. Trazendo a realidade com seus fatos e dados para a realização de uma gestão efetiva, eficaz e com redução de custos de produção. Desta forma a Humanização deixará de ser utopia e passará a ser uma Política que dá resultados efetivos. Mesmo que tenhamos que rever paradigmas e formas de gerir; reduzir a verticalização; fazer fluir a comunicação; trabalhar de modo cogerido e corresponsável, assim, otimizaremos tempo e recursos com soluções mais ágeis. Efetivando a Política Estadual de Humanização.

Acreditamos que a PNH não é uma utopia, mas uma política com possibilidades de concretização, dependendo de como for implantada. Apresenta inovação em relação às práticas do setor privado ao visar superar um modelo de humanização centrado na satisfação do cliente, associando as práticas de cuidado às de gestão. É uma política de enfrentamento de uma lógica contemporânea pautada em relações de consumo e que trata a saúde como mercadoria, como produto. Entendemos que o maior desafio é transpor essa lógica e instaurar uma nova forma de se relacionar e atuar na saúde. Para que isso ocorra, é necessário intervir sobre a totalidade da conjuntura institucional onde a política está sendo implantada, o que não é uma tarefa qualquer.

REFERÊNCIAS:

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 549-560. ISSN 1413-8123.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>. (10/04/2024)

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 200p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 60p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec. 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª edição, São Paulo: Hucitec, 2000, p. 21 – 38.

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

GONZÁLEZ-REY, Fernando. Sujeito e subjetividade. São Paulo: Thomson, 2003.

GROTTO, Daniela. Um olhar sobre a Gestão do Conhecimento. *Revista de Ciências da Administração*, Universidade Federal de Santa Catarina, 200, pp. 35.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

LEVY, P. Cybercultura. São Paulo: Ed. 34, 1999.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Manginhos – Rio de Janeiro – RJ.

MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. (Org.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec. 1997.

MORI, M. E. , OLIVEIRA, O. V. M. de. Os coletivos da política Nacional de Humanização. Interface- Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.13, 2009.

OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MACHADO, Maria Helena. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informação. In: Divulgação em saúde para o debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. CEBES: Rio de Janeiro, nº 45, maio/2010, pp. 105 - 114. Serie Gestão do Trabalho – I.

PEDROSO R. T.; Vieira M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. Interface - comunicação, Saúde, Educação, Botucatu RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde – prática e reflexão. São Paulo, Áurea, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de e GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu). 2009, vol.13.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Coleção Saúde Coletiva, Ed. UNIJUI. 2009.

SANTOS FILHO. Serafim Barbosa Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência 1.^a edição 3.^a reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2009.

URBANO A. S. et al. Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários.

Revista Paulista de Enfermagem, v. 26, 2007.

Molon. Susana Ines. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky; Edição. 5^a Editora. Editora Vozes

WEBGRAFIA

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Cadernos HumanizaSUS Volume 1 Formação e intervenção – 08/04/2024 – 10h

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> 26/07/2023 - 14h

- <https://www.scielo.br/j/physis/a/64TxmZdBVXnqPMGz7myWDgH/?lang=pt>
26/07/2024 – 11h

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf/>
28/07/2024 – 17h

[file:///C:/Users/mariapaulino/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+3238-11919-1-CE%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mariapaulino/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+3238-11919-1-CE%20(2).pdf) 25/07/2023 12:30h

<https://www.ufrgs.br/psicoeduc/chasqueweb/vygotsky/ufsc-vygotsky.htm> 25/07/2023 15:30h

<https://www.scielo.br/j/icse/a/cPfzFW5bmkf9dSh7gyVwsf/07/0572024> 10h

<https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/qual-a-importancia-da-humanizacao-das-relacoes-de-trabalho,e579419305b15810VgnVCM100000d701210aRCRD-> 16/07/24
07h e 23/07/24. 15: 45h

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
05/03/2024, 7h

https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf 06/08/2024 15hs

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf/>
25/06/2024 9h Goiânia 02/09/2024

ANEXO I

IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS TÉCNICOS DE HUMANIZAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE E REDE ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE.

1.Objetivo: Implantar os Núcleos Técnicos de Humanização e Segurança do Paciente nas Unidades de Saúde e a Rede Estadual de Humanização e Segurança do Paciente.

2. Os Núcleos Técnicos de Humanização e Segurança do Paciente deverão ser implantados nas Unidades de Saúde do Estado de Goiás a partir da inclusão do termo nos instrumentos contratuais, formalizados com o Parceiro Privado, e terá como objetivos:

2.1 Propor estratégias de Humanização e segurança do paciente na atenção e gestão em saúde na Unidade;

2.2 Integrar os serviços e programas sob sua coordenação técnica, promovendo sinergia entre suas ações;

2.3 Formular planos de intervenção em humanização e segurança do paciente;

2.4 Utilizar serviços de escuta e atenção ao usuário e profissional de saúde como instrumentos para o planejamento de propostas institucionais de Humanização e Segurança do Paciente;

2.5 Criar, acompanhar e avaliar os resultados dos planos de intervenção em humanização por meio de indicadores;

2.6 Solicitar autorização da Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Gerência de Humanização, para desenvolvimento de trabalhos de Humanização e Segurança do Paciente;

2.7 Implantar os protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde e monitorar os seus indicadores;

2.8 Trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de eventos adversos;

2.9 Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados;

2.10 Realizar campanhas institucionais sobre Humanização e Segurança do Paciente;

2.11 Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados;

2.12 Manter em arquivo os trabalhos realizados para posterior disponibilização às autoridades sanitárias quando solicitadas;

2.13 Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

3 A Rede Estadual de Humanização e Segurança do Paciente será composta por membros dos Núcleos Técnicos de Humanização e Segurança do Paciente e servidores da Gerência de Humanização da SES, terá como objetivos:

3.1 Promover a padronização de práticas de cuidado;

3.2 Fomentar a melhoria contínua da qualidade;

3.3 Desenvolver a capacitação e desenvolvimento profissional, por meio de Programas de Apoio Técnico;

3.4 Propagar o fortalecimento da cultura de humanização e segurança do paciente;

3.5 Fazer a integração e cooperação entre as Unidades de Saúde, garantindo integração e troca de informações e resultados;

3.6 Implantar e divulgar o Plano Estadual de Segurança do Paciente – PESP.

4 Caberá a Gerência de Humanização da SES a coordenação das atividades da Rede Estadual de Humanização e Segurança do Paciente.

5 A Humanização em saúde envolve práticas e atitudes que colocam o ser humano no centro do cuidado, valorizando suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Serão considerados eventos e práticas de humanização em saúde, entre outros, os relacionados a:

5.1 Acolhimento Humanizado: Recepção e atendimento ao paciente de maneira respeitosa, atenciosa e personalizada, considerando suas necessidades individuais e evitando a burocratização do processo de admissão.

5.2 Comunicação Eficaz: Comunicação clara, empática e sem jargões entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. Isso inclui o esclarecimento de

dúvidas e a oferta de informações sobre o estado de saúde e os procedimentos médicos.

5.3 Ambiente Agradável: Criação de um ambiente hospitalar acolhedor, com áreas de convivência, espaços para a família, decoração e iluminação que promovam o bem-estar dos pacientes.

5.4 Cuidado Centrado no Paciente: Práticas que consideram as preferências, valores e necessidades dos pacientes na tomada de decisões sobre o tratamento, promovendo a autonomia e o respeito à individualidade.

5.5 Presença e Participação da Família: Incentivo à participação dos familiares no processo de cuidado, permitindo visitas mais flexíveis e a presença durante os procedimentos, quando possível. 5.6 Humanização no Parto: Promoção de um ambiente seguro e acolhedor para o parto, com a presença de um acompanhante escolhido pela gestante, liberdade de posição durante o trabalho de parto e o uso mínimo de intervenções médicas desnecessárias.

5.7 Cuidados Paliativos: Atenção focada na qualidade de vida de pacientes em condições graves ou terminais, oferecendo suporte emocional, alívio da dor e conforto, tanto para o paciente quanto para seus familiares.

5.8 Capacitação e Apoio aos Profissionais de Saúde: Treinamento contínuo dos profissionais para desenvolver habilidades de comunicação, empatia e resolução de conflitos, além do suporte psicológico para lidar com o estresse do trabalho hospitalar.

5.9 Atenção à Diversidade Cultural e Religiosa: Respeito e apoio às mesmas, práticas religiosas e culturais dos pacientes e suas famílias, incluindo a oferta de assistência espiritual.

5.10 Política de Não Discriminação: Garantia de tratamento igualitário e sem preconceitos, independente de raça, gênero, orientação sexual, condição econômica ou qualquer outra característica individual.

5.11 Programas de Educação em Saúde: Oferece aos pacientes e familiares informações e orientações sobre a condição de saúde, tratamentos e cuidados necessários após a alta. Isso pode incluir sessões educativas, materiais informativos e suporte para o manejo de doenças crônicas.

5.12 Atendimento Multidisciplinar: Integração de diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais,

nutricionistas, etc.) para um cuidado holístico do paciente, abordando suas diversas necessidades de maneira coordenada.

5.13 Avaliação e Melhoria Contínua do Atendimento: Implementação de sistemas de feedback, como pesquisas de satisfação e comitês de pacientes, para avaliar continuamente a qualidade do atendimento e identificar áreas de melhoria na humanização.

5.14 Respeito à Privacidade e Dignidade: Garantia de que o paciente tenha sua privacidade respeitada durante exames, tratamentos e internações, incluindo o uso adequado de vestimentas, cortinas e portas fechadas, além de discussão sobre sua condição em ambientes privados.

5.15 Cuidados Individualizados para Populações Vulneráveis: Desenvolvimento de programas e práticas específicas para atender às necessidades de grupos vulneráveis, como crianças, idosos, pessoas com deficiência, imigrantes, e pessoas em situação de rua, garantindo que recebam cuidados adequados e humanizados.

5.16 Terapias Complementares e Integrativas: Inclusão de terapias alternativas como musicoterapia, aromaterapia, acupuntura e outros métodos complementares que podem melhorar o bem-estar do paciente, reduzindo o estresse e a ansiedade.

5.17 Atividades Lúdicas e Culturais: Promoção de atividades recreativas e culturais, como música ao vivo, exibição de filmes, oficinas de arte e visitas de grupos voluntários, para proporcionar momentos de alegria e distração aos pacientes.

5.18 Cuidado Continuado e Acompanhamento Pós-Alta: Planejamento de alta hospitalar incluindo orientações claras e acompanhamento após a saída do hospital, garantindo que o paciente tenha suporte adequado em casa e acesso aos cuidados de saúde necessários para sua recuperação.

5.19 Implementação de Protocolos Éticos e de Bioética: Estabelecimento de diretrizes claras que orientam as decisões médicas e de cuidados, garantindo que o bem-estar do paciente seja sempre uma prioridade, respeitando seus direitos e autonomia.

5.20 Promoção de um Ambiente de Trabalho Saudável: Investimento no bem-estar dos profissionais de saúde, incluindo condições adequadas de trabalho,

programas de saúde ocupacional e suporte psicológico, para que possa oferecer um atendimento mais humano e empático.

6 A segurança do paciente é um dos pilares fundamentais da qualidade do cuidado em saúde, focado na prevenção de erros e na promoção de práticas seguras dentro de uma Unidade de Saúde. Serão considerados eventos e práticas da segurança do paciente, entre outros, os relacionados a:

6.1 Identificação Correta do Paciente: Uso de métodos eficazes, como pulseiras de identificação com nome completo e data de nascimento, para garantir que cada paciente seja identificado corretamente antes de qualquer procedimento, medicação ou transfusão.

6.2 Comunicação eficaz entre Profissionais de Saúde: Implementação de protocolos para a comunicação clara e precisa entre os membros da equipe de saúde, especialmente durante transferências de cuidados, mudanças de turno e em situações de emergência.

6.3 Administração Segura de Medicamentos: Adoção de práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, incluindo a verificação de dosagens, interações medicamentosas e alergias, além do uso de tecnologias como código de barras para evitar erros.

6.4 Prevenção de Quedas: Implementação de estratégias para identificar pacientes em risco de queda e adoção de medidas preventivas, como a instalação de barras de apoio, uso de calçados adequados e supervisão durante a mobilização.

6.5 Monitoramento de Tecnologias e Equipamentos Médicos: Manutenção e inspeção regular de equipamentos médicos para garantir que estejam funcionando corretamente e que não representem risco aos pacientes.

6.6 Prevenção de Lesões por Pressão (Úlceras de Decúbito): Identificação precoce de pacientes em risco e adoção de medidas preventivas, como mudanças de posição ocasionais, uso de superfícies de apoio especializadas e monitoramento constante da integridade da pele.

6.7 Treinamento Contínuo da Equipe de Saúde: Educação e atualização contínua dos profissionais de saúde em práticas seguras, incluindo a participação em simulações de emergência e a adesão a protocolos de segurança.

6.8 Uso de Tecnologias da Informação em Saúde (TIS): Implementação de sistemas eletrônicos de registro de saúde e prescrição médica para reduzir erros de comunicação e melhorar a eficiência do cuidado.

6.9 Gestão de Crises e Emergências: Desenvolvimento e teste de planos de resposta a emergências, incluindo a realização de exercícios simulados para preparar uma equipe para situações de crise, como incêndios, falhas elétricas e desastres naturais.

6.10 Prevenção de Erros de Transfusão Sanguínea: Implementação de protocolos específicos para garantir que o tipo de sangue e o produto sanguíneo sejam devidamente identificados e administrados ao paciente adequado, incluindo o uso de dupla verificação e monitoramento durante a transfusão.

6.11 Prevenção de Erros na Nutrição Enteral e Parenteral: Adoção de práticas seguras para administração de nutrição enteral (via sonda) e parenteral (via intravenosa), incluindo a verificação de fórmulas, taxas de infusão e monitoramento constante do paciente.

6.12 Monitoramento e Prevenção de Eventos Sentinela: Identificação e análise de eventos sentinela (incidentes graves que resultam em morte ou dano permanente) para implementar melhorias no sistema de cuidado e evitar ocorrências futuras.

6.13 Segurança no Uso de Dispositivos Médicos: Treinamento adequado da equipe no uso de dispositivos médicos, como ventiladores, bombas de infusão e monitores cardíacos, garantindo que sejam usados corretamente para minimizar riscos.

6.14 Gestão de Resíduos de Saúde e Materiais Perigosos: Implementação de protocolos para o descarte seguro de resíduos hospitalares e materiais perigosos, como produtos químicos e materiais perfurocortantes, para proteger pacientes, profissionais e o meio ambiente.

6.15 Controle de Antimicrobianos: Monitoramento rigoroso do uso de antibióticos e outros antimicrobianos para prevenir o desenvolvimento de resistência bacteriana, promovendo o uso racional e controlado desses medicamentos.

6.16 Prevenção de Erros em Procedimentos Diagnósticos: Garantia de que exames diagnósticos, como radiografias, tomografias e ressonâncias magnéticas, sejam realizados e interpretados corretamente, com a identificação precisa do paciente e a comunicação eficaz dos resultados.

6.17 Programa de Cultura de Segurança: Fomento a uma cultura de segurança no ambiente hospitalar, onde profissionais são encorajados a relatar erros ou quase-erros sem medo de proteção, promovendo um ambiente de aprendizado e melhoria contínua.

6.18 Segurança em Transições de Cuidado: Implementação de práticas seguras durante transições de cuidado, como transferências entre unidades, alta hospitalar ou encaminhamentos para outros serviços, para garantir a continuidade do cuidado e prevenir erros.

6.19 Análise de Raiz de Causa (RCA): Realização de análises aprofundadas de eventos adversos para identificar as causas fundamentais e implementar mudanças que previnam a geração dos erros. 6.20 Segurança no Transporte de Pacientes: Garantir que o transporte de pacientes dentro do hospital (por exemplo, para exames ou cirurgias) seja feito com segurança, minimizando riscos de quedas, deslocamento inadequado de dispositivos médicos, ou outros acidentes.

6.21 Protocolos de Reanimação Cardiopulmonar (RCP): Treinamento regular da equipe em protocolos de reanimação cardiopulmonar e a presença de equipamentos adequados, como desfibriladores automáticos externos (DEA), em locais estratégicos do hospital.

6.22 Monitoramento de Pacientes em Uso de Sedativos e Anestesia: Implementação de protocolos de monitoramento rigorosos para pacientes sob sedação ou anestesia, garantindo que suas funções sejam monitoradas continuamente e que qualquer complicação seja tratada de forma imediata.

6.23 Gerenciamento de Cateteres e Linhas Intravasculares: Práticas seguras na inserção, manutenção e remoção de cateteres e linhas intravenosas para prevenir infecções, trombozes e outras complicações.

6.24 Educação Continuada para Pacientes sobre Segurança: Engajamento ativo dos pacientes na sua própria segurança, fornecendo-lhes informações sobre como evitar infecções, como identificar erros na administração de medicamentos e a importância de relatar qualquer desconforto ou anomalia percebida durante a hospitalização.

6.25 Supervisão e Auditoria de Práticas Clínicas: Realização de auditorias periódicas e supervisão direta para garantir que os protocolos de segurança sejam seguidos corretamente pela equipe de saúde.

6.26 Uso de Checklists e Protocolos Padronizados: Implementação de checklists e protocolos padronizados para procedimentos clínicos e cirúrgicos, ajudando a reduzir a variabilidade e garantir que todas as etapas críticas sejam seguidas.

6.27 Prevenção de Erros de Administração de Oxigênio: Monitoramento cuidadoso e ajustes precisos na administração de oxigênio, especialmente em pacientes com condições respiratórias graves, para evitar hipoxemia ou hiperóxia.

6.28 Programas de Notificação de Eventos Adversos: Criação de sistemas de notificação anônima e de fácil acesso para que profissionais de saúde possam relatar eventos adversos ou quase erros sem medo de retaliação, promovendo um ambiente de transparência e aprendizagem.

6.29 Segurança no Manuseio de Material Radioativo: Treinamento e protocolos rigorosos para a segurança segura de materiais radioativos, usados em radiologia e medicina nuclear, para proteger pacientes e profissionais de exposições desnecessárias.

6.30 Monitoramento Contínuo de Função Vital em Pacientes Críticos: Uso de monitores contínuos de função vital para pacientes críticos, assegurando a detecção imediata de qualquer alteração no estado de saúde que possa exigir intervenção urgente.

6.31 Programas de Segurança no Uso de Agentes Quimioterápicos: Desenvolvimento de protocolos específicos para o manejo seguro de agentes quimioterápicos, incluindo a preparação, administração e descarte seguro de materiais contaminados.

6.32 Prevenção de Infecções: Adoção de protocolos rigorosos de controle de infecções, incluindo a higienização das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs), esterilização de instrumentos e práticas assépticas em procedimentos invasivos.

6.33 Cirurgia Segura: Implementação do "Protocolo de Cirurgia Segura" da Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui listas de verificação pré-operatórias para garantir que a cirurgia correta seja realizada no paciente correto e no local correto.

6.34 Gerenciamento de Riscos Clínicos: Monitoramento e análise sistemática de incidentes e eventos adversos, com foco na identificação de causas e na implementação de ações corretivas para prevenir a recorrência.

6.35 Vigilância e Prevenção de Erros de Diagnóstico: Revisão e verificação de diagnósticos através de segundas opiniões, discussão de casos clínicos em equipe e uso de ferramentas diagnósticas avançadas para minimizar erros.

6.36 Planejamento de Alta Seguro: Garantir que os pacientes recebam orientações claras sobre o manejo de sua condição após a alta, incluindo administração de medicamentos, sinais de alerta e acompanhamento com outros profissionais de saúde.

6.37 Engajamento e Educação do Paciente e da Família: Envolver os pacientes e seus familiares no processo de cuidado, educando-os sobre seus direitos, o plano de tratamento, sinais de alerta e como prevenir erros.

7 A Gerência de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde avaliará os projetos de Humanização e Segurança do Paciente e autorizará o seu desenvolvimento, execução e possível expansão para demais unidades.

8 Os projetos de Humanização e Segurança do Paciente autorizado pela SES poderão ser financiados com recursos provenientes do custeio mensal da Unidade de Saúde, desde que não afete a gestão e operacionalização da Unidade de Saúde e o equilíbrio econômico financeiro do instrumento contratual.