

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

HumanizaSUS

Política Nacional de Humanização

Documento para Discussão

Versão preliminar

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2003

Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tipagem: versão preliminar – 2003 – 1.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 3.º andar, sala 336

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957

Este material foi elaborado para apoio às discussões sobre a implementação da PNH
– Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: política nacional de humanização / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

1. SUS (BR). 2. Política de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. III. Título. IV. Série.

NLM WA 30

Catalogação na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Carnib, Mara Pamplona

Capa e projeto gráfico: Fabiano Bastos

Sumário

Apresentação	5
Marco teórico-político	9
Princípios norteadores da política de humanização	12
Marcas	13
Estratégias gerais	14
Definições/orientações para o período 2003-2004	16
Na Atenção Básica	17
Na Urgência e Emergência, nos PS, PAS, APHs e outros	17
Na Atenção Especializada	18
Na Atenção Hospitalar	18

Apresentação

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Esta é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo.

Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde. Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde.

Neste percurso de 15 anos de SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas.

A esse quadro acrescenta-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão.

Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, estamos construindo uma política que nomeamos Política de humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS: HumanizaSUS.

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa nos convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Queremos um SUS – em todas as suas instâncias, programas e projetos – comprometido com a humanização.

Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado!

O documento que ora apresentamos está em discussão. Ele é produto da contribuição de muitos atores que se envolveram na proposição de um SUS humanizado. Destacamos a participação das secretarias do Ministério da Saúde e das entidades vinculadas.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tornar esta, a humanização, uma política pública de saúde.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Secretário-Executivo

Marco teórico-político

1. O cenário atual da atenção à saúde no SUS é pontuado por aspectos contraditórios e complementares...

- Avanços na descentralização da Atenção, nas ações visando à integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade.
- Incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.
- Fragmentação do processo de trabalho e esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais, com precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.
- Cronificação dos modos de operar o sistema público de saúde, reforçando tendência à burocratização, aos processos verticalizados, além do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe.
- Com isso, diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção de saúde e desrespeito aos direitos dos usuários.

2. Que apontam para a necessidade de definirmos a Humanização como uma Política de Governo presente em todas as nossas ações...

A Humanização, vista como política e não como “programa”, implica:

- ser tomada como diretriz política transversal, isto é, perpassando todas as ações e instâncias de efetuação;
- traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS;
- pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

Assim, entendemos o conceito de Humanização como:

- aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Para isso, a Humanização se fundamenta em:

- troca e construção de saberes;
- diálogo entre os profissionais;
- trabalho em equipe;
- consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

3. A PNH é o SUS de cara nova...

- SUS tomado em sua perspectiva de rede comprometida com a defesa da vida, rede que inclui todos os sujeitos: profissionais da saúde, usuários e cidadãos;
- SUS contagiado por atitudes e ações humanizadoras em todas as escalas;
- a humanização passa a ser eixo articulador de todas as práticas em saúde e destaca o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito em sua história de vida e – como sujeito de um coletivo – sujeito da história de muitas vidas.

Princípios norteadores da política de humanização

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Marcas

Com a implementação da Política de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, trabalhamos para que – ao final da gestão – tenhamos consolidado quatro marcas de governo específicas:

- todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários (código de direitos dos usuários) e possibilitarão acompanhamento pelos familiares;
- redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade;
- as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e aos usuários.

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente.
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na especialização e nos demais cursos vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras.
- No eixo da informação/comunicação, indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – a inclusão no debate orgânico da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
- No eixo da atenção, propõe-se que a PNH seja uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, democratização da gestão dos serviços e ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade.

- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.
- No eixo da gestão da política, indica-se que a PNH se articule, proponha e institua sistemática de acompanhamento e avaliação estimulando a pesquisa relacionada ao tema da humanização.

Definições/orientações para o período 2003-2004

- Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos).
- Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas SES, nas SMS e nos serviços de saúde.
- Consolidar e expandir a rede virtual de humanização.
- Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação incluindo indicadores relacionados à PNH, articulados com os processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.).
- Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora.
- Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, etc.
- Articular os programas e projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) à PNH, com vistas a diminuir a verticalização e implicando a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

- Propor parâmetros para acompanhamento da implementação da PNH:

Na Atenção Básica:

- as equipes devem elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos para usuários e sua rede social considerando as políticas intersetoriais;
- os serviços devem ter formas de acolhimento e inclusão da clientela que promovam o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;
- as práticas terapêuticas devem promover resolução, diminuição de consumo de medicamentos e fortalecer as relações entre equipe e usuários;
- os serviços devem ampliar a escuta entre as equipes e a população, promovendo gestão participativa;
- os serviços devem ser confortáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora.

Na Urgência e Emergência, nos PS, PAs, APHs e outros:

- os serviços devem ter critérios de avaliação de risco, acolher e incluir toda a demanda;
- os serviços devem garantir resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- os serviços devem promover a identificação da equipe, acolher a rede social dos usuários e garantir toda informação necessária;

- os serviços devem ampliar a escuta entre as equipes e a população, promovendo gestão participativa;
- os serviços devem ser confortáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora.

Na Atenção Especializada:

- os serviços devem permitir agenda extraordinária em função de risco e critérios sociais;
- os serviços devem estar incluídos na rede assistencial identificando, de forma pública, os critérios de acesso e efetivar os protocolos de referência e contra-referência;
- os serviços devem otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas;
- os serviços devem ampliar a escuta entre as equipes e a população, promovendo a gestão participativa;
- os serviços devem ser confortáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora.

Na Atenção Hospitalar:

Neste âmbito, propomos três níveis de referência (C, B e A), como padrões para adesão à PNH:

Exigências para o Nível C

- Mecanismos básicos de escuta e participação dos usuários e funcionários.
- Visita aberta e familiar participante.
- Comitê local de humanização.

- Equipe de referência (responsáveis pelo acompanhamento – com médico e enfermeiro), com agenda para atendimento da família (com horário definido).
- Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência.

Exigências para o Nível B

- Ouvidoria.
- Conselho Gestor.
- Visita aberta e familiar participante.
- Comitê local de humanização.
- Equipe de referência (responsável pelo acompanhamento) com médico e enfermeiro.
- Agenda da equipe de referência com horário definido para atendimento da família.
- Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência.
- Acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA / PS, Amb., SADTS).
- Plano de educação permanente com temas de humanização.

Exigências para o Nível A

- Ouvidoria.
- Conselho Gestor.
- Visita aberta e familiar participante.
- Equipe de referência (responsáveis pelo acompanhamento) com médico e enfermeiro.

- Agenda da equipe de referência com horário definido para atendimento da família.
 - Garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência.
 - Acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA / PS, Amb., SADTS).
 - Comitê local de humanização com plano diretor de humanização.
 - Equipe multiprofissional de assistência.
 - Inserção nos programas especiais do Ministério (quando couber).
 - Núcleo de educação permanente articulado ao pólo de educação permanente de sua região.
-
-