

RELATÓRIO

Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização

Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003

Sumário

Apresentação	pág. 02
Breve relato sobre a programação desenvolvida	pág. 03
A humanização como eixo das práticas de atenção e gestão no SUS	pág. 05
A construção e pactuação da PNH	pág. 09
O trabalho em grupos	pág. 13
A construção da PNH nas áreas do MS	pág. 14
Avaliação da oficina pelos participantes	pág. 19
Anexo I – Sugestões para a agenda da PNH	pág. 21
Anexo II – Participantes da Oficina	pág. 23
Anexo III – Texto Básico da PNH atualizado	pág. 27

Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização

Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003

APRESENTAÇÃO

Nos dias 19 e 20 de novembro de 2003 foi realizada em Brasília, na sede da OPAS, a *Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização*. Essa atividade foi um momento importante de socialização do trabalho acumulado ao longo dos primeiros dez meses de governo e serviu também para recolher propostas e sugestões para o aprofundamento das definições políticas.

Nos últimos anos desenvolveram-se no Ministério da Saúde várias iniciativas no campo da humanização da atenção à saúde. Assim, por exemplo, surgiu o *Hospital Amigo da Criança*, o Prêmio Galba de Araújo, o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), além de outros de menor dimensão.

No início deste governo, todos esses projetos foram vistos como importantes contribuições para a sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento e acumularam experiências significativas. No entanto, não podia deixar de ser apontado o caráter fragmentário dessas iniciativas, que – em geral – não mantinham articulação entre si.

Em seminário da nova equipe de governo na Saúde, no início do mês de fevereiro, ficou definida a orientação de que iríamos construir uma *política nacional de humanização*, que englobasse as iniciativas já existentes, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as e espalhando o conceito de *humanização* para o conjunto das práticas de saúde do SUS. Além disso, acentuamos a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde, afirmando que a humanização não deve ser reduzida a projetos isolados. Por se tratar de uma política transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde, foi definido que a coordenação seria feita pela Secretaria Executiva e que todas as demais áreas teriam seu papel a desempenhar garantindo atuação integrada e integradora.

No decorrer do período, foi constituída uma pequena equipe de coordenação do trabalho, composta por técnicos do MS e alguns consultores. Foram realizadas visitas à maioria dos estados, com acompanhamento a algumas das atividades de capacitação do PNHAH e às Conferências Estaduais de Saúde e estabelecidos contatos com os responsáveis pelas ações de humanização das Secretarias Estaduais.

Ao longo do primeiro semestre de 2003 foram realizadas reuniões internas e oficinas de trabalho, envolvendo gradativamente as áreas do Ministério, para construir consensos sobre as diretrizes, objetivos e estratégias de operacionalização

da PNH. Nesse processo, foi se consolidando um texto geral – de caráter coletivo e unificador das várias posições frente à PNH, que constituem o Ministério da Saúde – e que agora é colocado em debate para pactuação nas instâncias do SUS. Assim, a Oficina HumanizaSUS representou o primeiro momento de apresentação pública da discussão interna acumulada, agora envolvendo um agrupamento mais amplo do próprio Ministério, representantes das secretarias estaduais, além de alguns municípios (em razão do nosso conhecimento prévio sobre seu trabalho no campo da humanização).

Este relatório sistematiza as discussões realizadas durante a *Oficina HumanizaSUS*, contendo os resumos dos temas apresentados e a síntese do trabalho dos grupos, com contribuições ao texto básico da Política Nacional de Humanização (PNH).

Como próximo passo da consolidação da PNH, o documento produzido será submetido a discussões e pactuações nos vários organismos intergestores do SUS: Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS.

Desta forma, estamos contribuindo para um SUS fortalecido, comprometido, humanizado e para todos: gestores, trabalhadores e usuários.

BREVE RELATO SOBRE A PROGRAMAÇÃO DESENVOLVIDA

A *Oficina Nacional HumanizaSUS* combinou momentos de apresentação dos consensos produzidos ao longo dos debates levados no Ministério da Saúde nos primeiros 10 meses do ano, com as discussões de esclarecimento e a produção de propostas de acréscimos e alterações ao documento básico da PNH, incorporando assim as contribuições de novos atores sociais na construção da PNH, neste caso, os representantes dos Comitês Estaduais de Humanização e de alguns municípios, além de inúmeros técnicos e gestores das áreas do MS que ainda não tinham participado do processo iniciado em fevereiro.

A Oficina teve o **objetivo geral** de “Oferecer subsídios para a implementação e consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) – HUMANIZASUS”.

Visando a incorporação de novos atores à construção da PNH, a Oficina teve os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Debater as diretrizes da PNH;
- b) Discutir a implantação da PNH e elaborar propostas de atuação por níveis de atenção levando em conta as diferentes realidades nacionais;
- c) Sensibilizar as instâncias de governo de modo a promover maior interface e compromisso quanto à PNH;
- d) Construir uma Agenda Estratégica com os Grupos de Humanização estaduais e municipais para implementação da PNH.

Para a viabilização desses objetivos, na tarde do primeiro dia do evento foram realizadas duas Mesas-Redondas para apresentação dos embasamentos teóricos e políticos da Humanização.

Mesa de Abertura

Com o tema “a humanização como eixo das práticas de atenção e gestão do SUS”, a Mesa de Abertura teve forte caráter simbólico, em razão da representatividade dos seus participantes e da força de suas falas.

O conjunto das intervenções apontou que a Humanização ganha neste governo papel estratégico central, como um dos componentes fundamentais da Política de Qualificação do SUS. Coordenada pela Dra. Márcia Amaral, Diretora de Programa da Secretaria Executiva, esta Mesa teve as participações do Sr. Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa; do Sr. Secretário Executivo, Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos; do Dr. Rogério Carvalho dos Santos, Secretário Municipal de Saúde de Aracaju, representando o CONASEMS; do Sr. Geraldo Adão dos Santos, da Confederação Brasileira de Aposentados e Idosos, representando o Conselho Nacional de Saúde; e do Dr. Miguel Malo, Coordenador Geral de Promoção da Saúde da OPAS. Um resumo das intervenções dos convidados é apresentado adiante.

Mesa sobre a Construção da PNH

A segunda mesa teve o papel de socializar o acúmulo de discussões realizadas até o período da realização da Oficina, estabelecendo as bases para o trabalho de produção grupal que aconteceria no segundo dia da oficina. Primeiramente foram apresentados os marcos teórico-políticos e princípios norteadores da PNH, as propostas de metas a alcançar, as estratégias gerais e as principais ações propostas para 2003-2004. Em seguida, foi feita uma exposição sobre a política de informação e informática do SUS, com detalhamento inicial sobre a construção da Rede HumanizaSUS e, por fim, foram apresentados aspectos importantes sobre a descentralização e regionalização das ações de saúde, dentro dos quais a humanização deverá se efetivar, consolidando-se como importante política transversal que perpassa o conjunto das ações de saúde.

Essa mesa foi coordenada pelo Dr. Paulo Carvalho, Assessor do Secretário Executivo e teve as contribuições da Dra. Regina Benevides, Diretora de Programa da SE e Coordenadora Nacional da PNH; do Dr. Alcindo Ferla, Diretor da Área de Informação e Informática do SUS; e do Dr. Cipriano Maia, Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização, da Secretaria Executiva. Resumos das apresentações feitas são apresentados adiante.

Arte & Humanização

Os trabalhos do primeiro dia foram encerrados com uma apresentação do Coral "MS Em Canto", composto por funcionários do Ministério da Saúde, que emocionou os convidados. Além de agradar os ouvidos, cumpriu também o papel de marcar que a PNH vai acentuar a importância da valorização dos trabalhadores da saúde, e lembrar que a Arte é companheira da Humanização.

Trabalho em Grupos

Durante todo o período da manhã do segundo dia de Oficina foi realizado um intenso trabalho de debate, com os participantes distribuídos em seis grandes grupos coordenados por duplas de consultores da PNH. Tendo por base as apresentações do dia anterior e o acúmulo de experiências de trabalho de cada um, a tarefa concentrou-se em debater o documento básico da PNH, publicado em versão preliminar pela Editora do MS na Série B – Textos Básicos da Saúde (*HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento para discussão*). O resultado foi um conjunto de proposições (acréscimos, supressões, alterações) e também sugestões gerais para reelaboração de partes do texto, para garantir maior detalhamento ou clareza de algum aspecto. Também foram elaboradas sugestões iniciais para a agenda estratégica de trabalho da PNH nos próximos meses.

Socialização da Produção Grupal

No início da tarde do segundo dia foram apresentados os resultados das discussões em grupo, por meio de exposição em painéis com a reprodução das discussões. A visita aos painéis – para que cada um conhecesse o conjunto e estabelecesse nexos entre os trabalhos, visualizando as principais coincidências e os elementos de diversidade/diferenciação – alimentou o momento seguinte, em Plenária.

Nesse momento, foi apresentada uma breve análise apontando os principais aspectos que mais se evidenciaram nos trabalhos. Em seguida, foram feitas várias contribuições e comentários pelos participantes. Ainda nessa plenária, foi apresentado o conjunto de propostas dos grupos relativos à agenda estratégica de trabalho da PNH.

Painel de Encerramento

Para finalizar o trabalho, Dra. Regina Benevides convidou representantes das secretarias do MS a fazerem breves comentários sobre os vínculos entre a atuação de suas áreas técnicas e as diretrizes da PNH. Como uma sessão “pinga-fogo” do Congresso, em falas de cinco minutos de duração, 13 representantes de áreas falaram sobre o estágio dos seus trabalhos e mostraram como vem se dando a construção coletiva dos consensos sobre a Humanização. Momento de forte emoção, foi uma demonstração do esforço coletivo realizado ao longo do ano para construir políticas articuladas e solidárias entre as várias áreas de atuação do MS.

As áreas cujos representantes apresentaram seus depoimentos foram: Saúde da Mulher, Departamento de Regulação e Avaliação, Saúde da Criança, SE/Combate à Discriminação, Ouvidoria do SUS, Área de Transplantes, Atenção Hospitalar, Média Complexidade, Urgência e Emergência, Alta Complexidade, Atenção Básica, Gestão do Trabalho. Os resumos das falas é apresentado adiante.

A HUMANIZAÇÃO COMO EIXO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E GESTÃO NO SUS

A primeira mesa da Oficina Nacional HumanizaSUS, coordenada pela Dra. Márcia Amaral da Secretaria Executiva, além das saudações de abertura, serviu para acentuar as principais preocupações dos dirigentes em relação à temática da humanização da atenção e da gestão da saúde no SUS. Um resumo das falas de cada um é reproduzida a seguir.

Ministro da Saúde – Dr. Humberto Costa

Após saudar os participantes, o Ministro ressaltou a importância de uma política efetiva de atenção e de gestão para a consolidação do SUS, na qual a matéria prima essencial é o elemento humano. Afirmou que a atenção humanizada e de qualidade é um dos compromissos do governo.

Segundo ele, é necessário efetuar as mudanças no SUS, enfrentando estrangulamentos existentes, para: “Reduzir filas, construir espaços de trabalho saudáveis e produzir trabalhadores qualificados em seu exercício profissional, e

receptivos à associação com os usuários, considerados como partícipes na construção da gestão e atenção à saúde, efetivando o controle social”.

O Ministro ressaltou a importância de investir no acolhimento e a necessidade da disponibilização do conjunto de direitos a serem respeitados, pois com isso o cidadão passará a ter o poder de decisão e a possibilidade de ser ouvido.

Ele enfatizou a necessidade de socialização das experiências, de incentivo à maturidade das equipes, de estimular os gestores, fazendo valer as diretrizes do SUS e de avaliar os avanços no processo de humanização através da mudança dos indicadores de saúde.

Finalizou reforçando que não desejamos construir mais um programa verticalizado e sim consolidar uma política transversal de humanização da atenção e da gestão e ratificou que a PNH é prioridade para o Ministério da Saúde.

Coordenador Geral de Promoção da Saúde da OPAS – Dr. Miguel Malo

No início de sua explanação, reportando-se à onda neoliberal que resultou na fragilização das políticas públicas e sociais, Dr. Malo lançou mão de imagem poética antes associada à Língua Portuguesa, para afirmar que o SUS é a “última flor de Lácio” da América Latina e que devemos cuidar muito bem desta “flor”, considerando o Público como valor fundamental.

Afirmou sentir-se honrado por estar participando deste evento que, com certeza, estará modificando a saúde pública no Brasil, por preservar os fundamentos do SUS.

Em seguida, lembrou que a PNH deverá enfrentar muitos desafios para sua concretização, destacando alguns deles: a recuperação da dimensão do acolhimento; nas relações, a importância de considerar o outro como um ser que pensa, tem sentimento, julga e age a partir de juízos positivos e negativos a respeito das situações.

Como desafios apontou também a qualificação de profissionais para que aprendam a lidar com os sentimentos próprios e os sentimentos dos outros; a necessidade de superarmos a lógica limitada do pensamento cartesiano, de causa e efeito, para aprendermos a trabalhar com situações complexas. Ressaltou a nova concepção de pessoas como centro das práticas em saúde, rompendo a frieza técnica e recuperando a dimensão simbólica que envolve a relação do profissional de saúde com o cidadão doente.

Também associou como desafio para trabalhar a humanização, a importância de levar em conta os espaços das ações coletivas relacionadas ao enfrentamento da Violência, dos acidentes de Trânsito, das doenças crônicas.

Após comentar os desafios a serem enfrentados ressaltou o compromisso da OPAS de trabalhar em conjunto com o Ministério da Saúde na política de humanização.

Representante do CONASEMS – Dr. Rogério Carvalho dos Santos

Trouxe aos participantes o seguinte questionamento: Qual é o foco da Humanização? O usuário. Neste momento destaca a importância de interferência da Política de Humanização no acesso dos usuários aos hospitais de Urgência e Emergência no que tange ao acolhimento.

Ressaltou a necessidade de uma discussão sobre as práticas profissionais do sistema de saúde para que se defina a necessidade dos cidadãos como objeto

do serviço de saúde. Acentuou a expectativa de que as necessidades venham a ser compreendidas com respeito e responsabilização.

Sugeriu a realização de um novo pacto, a ser definido a partir de um repensar do “objeto” das práticas da saúde de forma democrática, nos espaços de gestão do SUS, lembrando que conforto físico/afetivo representa tudo que é estruturante e hegemônico na saúde. E concluiu afirmando: “Estamos falando do direito à vida”.

Representante da Confederação Brasileira dos Aposentados e Idosos no Conselho Nacional de Saúde – Sr. Geraldo Adão dos Santos

O representante do CNS começou problematizando que o SUS ainda não atingiu os níveis de equidade e de igualdade desejáveis, e que é importante que seja fortalecido como instrumento de todos os brasileiros, vistos como cidadãos de direito, não se restringindo a um “serviço para pobres e excluídos”.

Afirmando a preocupação com a qualidade técnica dos serviços de saúde e com a humanização do atendimento, o Sr. Adão historiou brevemente a experiência do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde que se dedicou à questão da Humanização. Documento com 24 propostas sobre a questão do acesso e da humanização, formulado por esse grupo, resultou em um dos temas centrais da 11^a. Conferência Nacional de Saúde (em 2000).

Assim, ele expressou a alegria de ver o tema ser tratado como uma Política do Ministério, o que representa um avanço na postura governamental ao tratar o assunto. Desejou que os resultados da oficina contribuam para as formulações da 12^a. Conferência Nacional de Saúde, a se realizar em dezembro de 2003.

Secretário Executivo do Ministério da Saúde – Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

O Secretário Executivo teceu considerações sobre o SUS afirmando que o SUS é do Brasil, e, assim como o país, ele representa continuidade e também mudança. Enfatizou que as ações de atenção e de gestão da saúde precisam ser contaminadas pela humanização e pela promoção de saúde, ajudando-nos assim a modificar nossas idéias e a pensar novos modelos de gestão e práticas de atenção.

Como idéia inovadora, defendeu que os comitês de humanização atuem como “*grupos de agenciamento*” que, contribuam com trabalho de incentivo às mudanças, podendo influenciar amplamente, apoiando, estimulando, motivando, identificando os problemas, preparando *co-análises*, *co-estratégias* e *co-avaliações*, provocando os coletivos a se repensarem.

Salientou a necessidade de identificação de estratégias específicas em cada região que garantam a concretude das ações para que a humanização não se reduza apenas a um discurso moral.

Dr. Gastão aproveitou sua intervenção para esclarecer que o Ministério da Saúde não está desmontando o programa de humanização do governo anterior e sim assumindo a humanização como política, dando-lhe maior abrangência e capilaridade em todos os espaços de atenção e gestão do SUS, para isso sendo necessário rever e articular os projetos anteriormente existentes. Apontou que a Qualificação e a Humanização devem ser entendidas como políticas públicas permanentes.

Fazendo referência a uma pesquisa recente que aponta que 72% das pessoas não confiam em ninguém, afirmou considerar como o desafio mais complexo, entre os inúmeros existentes, a superação da degradação das relações pessoais. Com a falta de interação entre os sujeitos, as ações de saúde perdem eficácia e as pessoas são reduzidas a objetos: tanto usuários como trabalhadores e gestores ficam submetidos a diferenciados coeficientes de desumanização.

Assim, acentuou que a humanização passa por resgatar a condição de sujeito, tanto no atendimento individual como no coletivo, e que, para efetivar ações de humanização teremos que reconhecer – tanto na atenção como na gestão – que lidamos com sujeitos e que estes buscam felicidade e qualidade de vida.

Para finalizar, apontou algumas sugestões para o incremento da discussão e a efetiva construção da PNH:

- Pensar como organizar serviços de saúde, com grau de solidariedade bem maior pois a desagregação produz ineficácia;
- Ampliar o olhar dos profissionais da Saúde incorporando o afetivo/subjetivo e o social inerente a todas as pessoas;
- Ter cuidado para não desqualificar o trabalho e os esforços que estão sendo realizados. Trabalhar com coeficientes progressivos de humanização das práticas;
- Aprender a interpretar a necessidade e o desejo dos outros levando em conta ainda a própria interpretação do outro, aprendendo a mudar as relações de poder no âmbito individual e coletivo;
- Não alterar apenas a ambiência, mas também mudar ou começar alterar as relações de poder;
- Criar mecanismo de responsabilização: responsabilidade clínica, sanitária, gerencial, adscrição de clientela de forma que se acolha, acompanhe e quando necessário se referencie para outro adequadamente;
- Evitar as fragmentações no processo do cuidado. Por exemplo, a criação de Centro de Referência da Dor ao nível do Oncologista, do Ortopedista, ou do Neurologista quando qualquer médico deve saber tratar da dor. É necessário organizar produzindo vínculo, responsabilização e seguimento horizontal;
- Abrir espaços para os usuários no cotidiano, não apenas nos conselhos. Com isso, aumentar o poder dos doentes, permitir acompanhante em todos momentos de atenção, criar ouvidorias, Conselhos Locais de Saúde e Serviço de Atendimento ao Cidadão.
- Ter estratégias específicas para cada nível de atenção;
- Entrar com a PNH nos espaços de gestão, para não virarmos os “fanáticos” da PNH que exigem de todos que a façam de modo fundamentalista perdendo a dimensão do direito, do prazer e da gestão compartilhada com todos os implicados, ou seja, os usuários, os profissionais e os gestores.

Para finalizar sua intervenção, o Sr. Secretário Executivo anunciou a decisão do Ministério da Saúde de criar o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, visando estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover o reconhecimento das práticas em andamento, ao mesmo tempo que homenageia um dos maiores expoentes da saúde coletiva brasileira, que dedicou sua vida à humanização das práticas e da gestão da saúde.

Anunciou que os critérios e condições para o Prêmio ainda serão detalhados nas próximas semanas, mas que será conferido a oito novas experiências e a oito práticas já existentes, que signifiquem a melhoria da gestão e da atenção à saúde no âmbito do SUS. O Prêmio será outorgado num Seminário Nacional de Humanização a ser realizado em 2004.

O Dr. Gastão Wagner encerrou sua fala desejando um rico trabalho a todos os participantes da Oficina HumanizaSUS.

Diretora de Programa da Secretaria Executiva - Dra. Márcia Amaral

Finalizando o trabalho desta mesa, a Coordenadora reforçou alguns dos comentários realizados, destacando a importância do SUS e que a política de humanização deve se refletir nas práticas de atenção e gestão envolvendo todos os trabalhadores, gestores e usuários do Sistema.

A CONSTRUÇÃO E PACTUAÇÃO DA PNH

A segunda mesa-redonda da Oficina Nacional HumanizaSUS, coordenada pelo Dr. Paulo Carvalho, da Secretaria Executiva, foi composta de três intervenções visando situar o estágio da construção da Política de Humanização no âmbito do Ministério da Saúde, fornecendo elementos para os debates a se realizarem nos trabalhos de grupo. Um resumo das intervenções é apresentado a seguir.

Dra. Regina Benevides

Coordenadora da Política Nacional de Humanização, Diretora de Programa da Secretaria Executiva

Após agradecer a todos que ajudaram a canalizar os anseios para a viabilização da Oficina HumanizaSUS – em um período bastante complicado para todos, em razão do complexo processo da 12a. Conferência Nacional de Saúde a ser concluído daí a três semanas – Dra. Regina teceu considerações sobre o conceito de “oficina”, para acentuar a importância de valorizarmos não apenas o *produto* que iríamos construir ali, mas também o *processo*, pois a elaboração da Política de Humanização já começa marcada pelas maneiras como implementamos o trabalho entre nós.

Em seguida, apresentou a estrutura regimental básica do Ministério da Saúde, alterada no início desta gestão e institucionalizada pelo Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003, para falar sobre o novo papel assumido pela Secretaria Executiva. Além de continuar a coordenar o planejamento, a elaboração e execução orçamentária e toda a gestão administrativa, cabe também agora à SE o trabalho de articular as várias políticas desenvolvidas pelo MS, incentivando a matricialidade entre as várias áreas. Cabe a ela também incentivar e coordenar a intersetorialidade, ou seja, o desenvolvimento das políticas de modo articulado com os outros ministérios e instâncias de governo. Neste aspecto, com a criação do Departamento de Apoio à Descentralização, responsabiliza-se pelo incentivo à consolidação do “comando único e descentralizado”, com base na regionalização das ações de saúde.

Apontou a relevância do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que conseguiu significativos resultados em várias regiões do país. Entretanto, apresentava fragilidades político-organizativas, tendo pouca capilaridade intra-setorial, ou seja, era pouco conhecido dentro do próprio Ministério da Saúde e não mantinha vínculos orgânicos com outros projetos de humanização e

com as secretarias estaduais e municipais, e também pouca capilaridade intersetorial, tendo ficado ainda restrito à atuação em hospitais. Com essa avaliação é que foi visualizada a necessidade de construir a Política Nacional de Humanização (PNH), na perspectiva de “chegar com a humanização” em todos os espaços de atenção e de gestão da saúde. Constatada a necessidade do envolvimento de todas as áreas do MS e das demais instâncias do SUS na construção e operacionalização da PNH, o novo governo definiu que a coordenação geral ficaria sob responsabilidade da Secretaria Executiva, que assumiu o trabalho, realizando inúmeras reuniões, encontros e oficinas.

Logo nos primeiros meses foi implementado o projeto “Barraca da Saúde”, produzindo encontros informais e descontraídos entre os novos gestores e os trabalhadores do MS – sem distinção de hierarquias e vínculos contratuais – para desenvolver a escuta mútua das propostas e anseios, apresentando as novas diretrizes de governo na saúde e recolhendo as sugestões dos trabalhadores. Esse projeto sinalizou que a humanização deveria estar focada em todos os atores envolvidos na produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) e que dependia também do modelo de gestão a ser implementado em cada local.

Em paralelo, as oficinas de trabalho e de pactuação envolvendo os técnicos e gestores das diversas áreas internas do MS foram levantando uma grande diversidade de proposições importantes, que já estavam em diferentes graus de implementação, mas não mantinham contato entre si, demonstrando desarticulação e mesmo desconhecimento mútuo, o que levava à duplicidade de esforços, à baixa eficácia e desperdício de recursos.

O aspecto mais positivo logo detectado foi o desejo coletivo de entrar no processo de integração e de parceria na construção da política de humanização. Isto se comprovou no plenário da Oficina, em que mais de 70 técnicos e gestores do Ministério da Saúde estiveram presentes, representando todas as áreas e também pela rápida resposta de todos os estados e muitos municípios em aderirem às discussões, enviando para cá os seus representantes.

Ressaltou que a política de humanização não pode ficar reduzida à atenção aos usuários: deve ser vista como uma política que possa interferir em outras políticas, de um modo positivo, criando interações, possibilidades de intercâmbio e sinergia entre os diferentes saberes e poderes que constroem o SUS.

Em seguida, a Coordenadora da PNH apresentou o documento que consolida as discussões internas feitas no MS, apontando que cabe ao MS, além de acolher as demandas, também fazer as suas ofertas, como essas definições que estão sendo postas para discussão e aperfeiçoamento. Destacou, ainda, que o resultado será discutido e pactuado com instâncias de deliberação do SUS.

[No Anexo III é reproduzido o documento apresentado, já com a incorporação de proposições elaboradas pela Oficina].

Após a apresentação das linhas políticas contidas no documento da PNH, Dra. Regina finalizou sua apresentação ressaltando os objetivos específicos da Oficina e a metodologia de trabalho, que combina o repasse de informações e proposições construídas no MS, com o levantamento de novas idéias e sugestões por parte dos participantes, assim como o desenho inicial de uma agenda estratégica de implementação da PNH [Anexo I].

Desejou que todos saíssem com a potência que os trabalhadores encontram no vigor que o processo de humanização convoca.

Dr. Alcindo Ferla
Diretor da Área de Informação e Informática do SUS, da Secretaria Executiva

Convidado a falar sobre a proposta de construção da *Rede HumanizaSUS*, baseada no uso de recursos da informática e da Internet, o Dr. Alcindo Ferla fez primeiramente uma apresentação da Política de Informação e Informática definida neste novo governo, para mostrar como suas bases estão em sintonia com os princípios gerais da humanização no SUS, por aumentar o grau de informação e conhecimento dos sujeitos (usuários, gestores e trabalhadores), condição básica para o fortalecimento da cidadania e da gestão participativa.

Partiu do diagnóstico de que a existência de 283 sistemas de informação que não “conversam” entre si, por apresentarem tecnologias incompatíveis, provocam gastos excessivos, perda de informações e sobrecarga de trabalho burocrático aos profissionais de saúde e gestores em todos os níveis. Em seu entendimento, há necessidade de trabalhar a lógica do registro essencial de ações e eventos capazes de representar sínteses e gerar conhecimento imprescindível para a gestão.

Em seguida, Dr. Alcindo apresentou o conjunto das diretrizes propostas para a Política de Informação e Informática, dentre as quais destacamos aqui aquelas mais diretamente ligadas à humanização da atenção e da gestão da saúde no SUS:

- estabelecer progressivamente sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- dotar a área de saúde de instrumentos que a capacitem a assegurar a confidencialidade, a privacidade, a disponibilidade dos dados e das informações, a autenticidade e integridade;
- estabelecer mecanismos de compartilhamento de experiências e de informações, fortalecendo colaborações setoriais e intersetoriais entre as esferas de governo;
- ampliar nossa capacidade de produção de *softwares* em saúde, pelo uso de *softwares livres*, biblioteca de reutilizáveis, capacitação dos recursos humanos, dentre outros;
- apoiar a prática profissional, por meio de: uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos, acesso eletrônico à literatura especializada;
- ampliar a produção e disseminação de informações de saúde, atendendo às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviço e controle social;
- institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS;
- instituir um “Plano Geral de Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde” para orientar o conjunto de esforços e investimentos, resultando em sistemas articulados e evitando o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.

Sintetizando suas preocupações, reafirmou que a existência de sistemas incompatíveis coloca como grandes desafios para o MS a captação de conhecimento no ato produzido pelo trabalho, a construção de adequada infraestrutura tecnológica de informação; a qualificação das análises com vistas a nortear a tomada de decisões nos níveis regionais e nacional.

Ressaltou que a política de informação não pode ser favorecedora de práticas autoritárias de gestão, de re-trabalho para os profissionais de saúde e de diminuição do tempo destinado à atenção aos usuários. Finalizou esse momento afirmando que

a política de informação deve ser ética, trazendo ao usuário confiabilidade, utilidade e lealdade, como está preconizado nos princípios norteadores da PNH.

Em seguida, Dr. Alcindo Ferla apresentou as idéias em elaboração para a constituição da rede virtual *HumanizaSUS*. A proposta inspira-se na experiência do Portal Humaniza (criado para o PNHAH), aproveitando algumas de suas características. No entanto, o *Portal HumanizaSUS* será um site dentro do Portal da Saúde, com vínculos diretos com as várias áreas do Ministério da Saúde. Deverá conter a coletânea de iniciativas de humanização que formos mapeando (atualizando e remodelando o Mapa de Iniciativas do Portal Humaniza) e propiciando a troca de experiências. Também haverá um *portal corporativo*, para facilitar e potencializar o trabalho da equipe de coordenação da PNH.

Algumas das características propostas para o *Portal HumanizaSUS* são a interatividade; a possibilidade de os estabelecimentos de saúde e as secretarias criarem seu próprio site, administrando os dados relativos às suas iniciativas; a difusão de eventos nacionais e regionais. Também deverá ter o Mapa de Iniciativas, o Fórum de Discussão, a Ouvidoria, a seção de documentos da PNH. Deverá ainda propiciar a integração entre os Grupos de Humanização e os demais grupos de trabalho existentes no SUS.

As funcionalidades técnicas já previstas para o *portal corporativo* são as seguintes: portal intranet reservado para os grupos de trabalho e comissões; envio e troca de mensagens; criação conjunta de matérias e notícias; relatórios de acompanhamento; acompanhamento de projetos; discos virtuais para documentos e arquivos; fórum interno e chat para tele-reuniões e enquetes.

Por fim, o expositor apresentou alguns elementos do modo de operação da Rede HumanizaSUS, vinculando os diversos atores-participantes (consultores-capacitadores; representantes dos grupos e comitês locais, municipais e estaduais; gestores das unidades e secretarias, etc.) e o papel da equipe técnica central na coordenação, preparação e disponibilização dos materiais.

Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos **Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização, da Secretaria Executiva**

Em razão da escassez de tempo restante disponível para o trabalho, a apresentação do Dr. Cipriano foi bastante curta, ressaltando alguns aspectos relacionados à implantação da PNH no processo de descentralização da gestão no SUS.

Inicialmente, destacou a importância da humanização nos espaços de gestão do SUS como condição para o sucesso da PNH, pois entende que sem humanizar a gestão não teremos sucesso na humanização da atenção. Neste campo ressaltou a necessidade de se formular estratégias que envolvam as pessoas no processo de gestão, assegurando participação nas decisões e responsabilização com sua efetivação.

Assinalou a dificuldade para incluir a PNH na agenda dos gestores do Sistema, pois esta em geral é dominada por problemas e demandas imediatas, ficando difícil abrir espaço para as reflexões necessárias sobre os pressupostos da humanização da atenção e da gestão.

A discussão da proposta de humanização nos fóruns de negociação e pactuação intergestores – CIB e CIT – apresenta-se como estratégia fundamental no processo de implementação desta política, e o sucesso do trabalho de apoio a implementação da política depende de uma correta interação com os atores e os espaços de gestão do Sistema.

Defendeu um empenho de todos para que os projetos, planos e ações não virem “letra morta” e que a PNH não fique marginalizada em relação a outras prioridades. Mas para isso precisa ser assumida pelo conjunto dos sujeitos que fazem o SUS, não podendo ficar restrita a uma política dos seus formuladores e agentes de sua implementação.

Concluindo, afirmou que *“a política não se faz apenas no momento da formulação mas também no momento da implementação e devemos fazê-la de forma interativa, somando esforços e ousando na criação de iniciativas que potencialize seus resultados”*.

O TRABALHO EM GRUPOS

Colocar em discussão as elaborações em curso para a Política Nacional de Humanização era um dos principais objetivos da *Oficina HumanizaSUS*, assim, a programação das atividades propiciou um período para reflexões e debates em grupos, para possibilitar maior participação de todos e coletar contribuições ao texto básico da PNH.

Conforme já acentuara o Dr. Cipriano Maia no final do dia anterior, “a política não se faz apenas no momento da formulação mas também no momento da implementação e devemos fazê-la de forma interativa, somando esforços e ousando...”. Desta forma, o trabalho dos grupos, além de colher subsídios para a PNH, também visava comprometer todos os atores envolvidos no momento da oficina.

Os participantes foram distribuídos previamente em seis grupos. Para isso, os convidados provenientes das 27 secretarias estaduais e das 31 secretarias municipais presentes foram agrupados por região de origem. Os 70 técnicos provenientes do Ministério da Saúde foram distribuídos nesses grupos de maneira a garantir representação equitativa das diversas áreas em todos os grupos. Assim, cada grupo tinha um viés regional e também a presença das várias áreas de atuação do Ministério.

Para cada grupo foram definidos com antecedência dois coordenadores, entre os consultores regionais da PNH e os técnicos da equipe de coordenação da PNH, com um roteiro básico para orientar os trabalhos.

Contribuindo no processo de validação do documento geral da PNH, o trabalho dos grupos objetivou: discutir o documento, debater as diretrizes e fazer ou não novas proposições; discutir a implantação da PNH; debater papéis dos vários níveis de governo; e pactuar agenda estratégica.

O intenso envolvimento dos participantes nas discussões grupais impressionou a todos e, ao final, gerou relatórios com uma grande quantidade de comentários, propostas de acréscimos, supressões ou alterações ao texto básico discutido.

A Coordenação Nacional da PNH comprometeu-se a realizar as alterações possíveis, buscando a harmonização entre diferentes entendimentos e formulações, acentuando que nem tudo poderia ser incorporado diretamente no texto. Os relatórios foram agrupados em documentos de apoio às equipes de trabalho e aos consultores regionais, para novas formulações. Um refinado esforço de incorporação das contribuições, de forma a não descaracterizar o caráter sintético que se

pretendia para o documento, resultou numa nova versão do Documento Básico da Política Nacional de Humanização, apresentada no final deste relatório.

As sugestões levantadas nos grupos para a Agenda Estratégica Geral também são reproduzidas ao final deste relatório [Anexo I].

A CONSTRUÇÃO DA PNH NAS ÁREAS DO MS

No período final da Oficina, a Dra. Regina Benevides coordenou a realização de um painel com representantes de várias áreas do Ministério, que realizaram breves intervenções sobre o vínculo entre seus trabalhos e a PNH. O resumo de suas falas é apresentado a seguir.

Dra. Marta Roberta Coêlho Técnica da Área de Saúde da Mulher (SAS/DAPE)

A convidada primeiramente fez esclarecimentos sobre a área, que é uma das coordenações que compõem o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da SAS, explicando que a mesma destina-se ao trabalho relacionado ao período pré-natal, ao nascimento, ao puerpério e às ações de prevenção ao câncer de colo de útero e mamária, objetivando vincular as mulheres às unidades básicas de saúde.

Destacou a existência do projeto de *Doulas Comunitárias* como sendo uma das ações no atendimento humanizado à mulher. As *doulas* são mulheres que cuidam de mulheres na hora do parto proporcionando uma redução das dores e diminuição do número de cesáreas.

Expôs sobre o Prêmio Galba de Araújo que é destinado a uma maternidade por região.

Para finalizar afirmou que há um interesse especial da sua área em fazer parte da humanização, tendo se incorporado às discussões internas convocadas pela Secretaria Executiva desde o início do ano. Visualiza a necessidade de mudar a atuação dos profissionais de saúde, contribuindo para o resgate da cidadania.

Dra. Cristina Sette Coordenadora de Regulação e Avaliação (SAS/DERAC)

Dra. Cristina explicou que a estrutura do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da SAS é composta de cinco coordenações, sendo que ela é a coordenadora de Regulação e Avaliação, que também desenvolve atividades de contratação.

Anunciou que em 2004 poderemos avaliar os serviços, por meio do PNISS (que substitui o antigo PNASH), já incluindo os critérios propostos pela Política Nacional de Humanização, estabelecendo os níveis C, B e A nos hospitais.

Ressaltou a importância de discutirmos a falta de vínculos formais na contratação dos serviços pois apenas 13% dos hospitais privados têm vínculos formais com o SUS, não existindo instrumentos assinados.

Dra. Alexia Luciana Ferreira
Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno (SAS/DAPE)

Para a Dra. Aléxia, a Política de Humanização guarda identidade com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, que, por meio de suas várias coordenações temáticas (saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde do idoso, etc.) busca investir na qualidade de um atendimento humanizado.

Na busca da qualificação podem ser apontadas várias iniciativas ligadas à Saúde da Criança, tais como o Método Canguru, o Parto Humanizado e outros. O grande desafio posto para sua Coordenação é integrar esse conjunto de ações assumindo o cuidado integral com o indivíduo. É preciso trabalhar na linha de produção de cuidados objetivando qualidade, resolutividade, segurança, acolhimento, responsabilização e vínculo.

Neste momento, a Área Técnica da Saúde da Criança está trabalhando com o Núcleo Técnico da PNH para o lançamento do Prêmio Fernandes Figueira que objetiva reconhecer experiências de humanização no cuidado com a criança.

Dra. Aléxia finalizou sua breve intervenção, afirmando que sua expectativa é que no futuro não seja mais necessário falarmos em humanização, pois está já estará incorporada em todas as práticas.

Dr. Paulo Sergio de Carvalho
Assessor do Gabinete da Secretaria Executiva/MS
Representante do MS no Cons. Nacional de Combate à Discriminação (CNCD)

Inicia sua fala lembrando que os preconceitos perpassam as diversas ações na atenção e na gestão da saúde e, assim como a humanização, o combate a eles exige uma atuação transversal. A atuação do MS no CNCD, que é um organismo com representações de vários ministérios e participação de representantes da sociedade civil, trouxe para dentro do Ministério a proposta de estruturação – de modo sistemático – do enfrentamento aos preconceitos e discriminações, começando pela atuação relacionada às populações indígenas, negras e homossexuais, que são os setores com atuação organizada no CNCD. Em razão disso foram criados recentemente no MS três grupos de trabalho, envolvendo participantes das várias secretarias, para discutir questões relacionadas à saúde da população indígena, à saúde da população negra e à saúde da população homossexual.

Como este painel aconteceu exatamente no dia 20 de novembro, Dr. Paulo Carvalho aproveitou para lembrar que se trata do Dia Nacional da Consciência Negra, em homenagem a Zumbi de Palmares. A esse propósito, o Ministro Humberto Costa e a Ministra Matilde Ribeiro assinam nesta data um Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial para avançar na formulação de uma política de saúde da população negra. Além disso, Portaria do Gabinete do Ministro deverá instituir o Comitê Técnico da Saúde da População Negra e um Comitê Consultivo, com a participação de ONGs, pesquisadores e entidades representativas do movimento negro. Finalmente, lembrou que as áreas do MS vêm discutindo a implementação do Programa de Anemia Falciforme, uma importante dívida que temos com a população afro-descendente.

Todos esses aspectos, ressaltou para finalizar, estão intimamente ligados à PNH, sendo necessário apenas formular por escrito, de modo mais objetivo, as

diretrizes específicas relacionadas à atuação do MS no combate aos preconceitos e discriminações, como um dos componentes da PNH.

Dr. Carlos Alberto Gebrim Pretto
Diretor do Dep. de Ouvidoria Geral do SUS (SGP)

Primeiramente, o convidado apresentou o organograma da Ouvidoria que hoje abrange três serviços: SACSUS; Disque-Saúde e Centro Pró-Saúde, que estão trabalhando a demanda de entrada (6.000 ligações atendidas por dia, com alto grau de satisfação).

Falou da existência de um projeto junto com a All-SUS para a atualização do banco de dados, para aumentar a capacidade de atendimento de 6.000 ligações para até 20.000 e informou que atualmente a área administra seis serviços de discagem gratuita e está sendo providenciada uma campanha na mídia que amplie as formas de contato dos usuários do SUS com a Secretaria de Gestão Participativa.

Também contou do trabalho com os Agentes de Comunitários de Saúde, que realizam distribuição de correspondências do MS com porte pago e também que a área está viabilizando com a All-SUS o projeto do SIAPE-SAÚDE, que será um termômetro do que tudo que existe na saúde, com atendimento de 24 horas e que oferecerá instrumentos gerenciais.

Ele explicou que sua área só recentemente se engajou às discussões da PNH, pois a própria área estava sendo constituída, mas acredita que poderá contribuir para alavancar a PNH.

Dr. Diogo Mendes
Coordenador Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SAS/DAE)

Dr. Diogo começou declarando que o Sistema Nacional de Transplantes foi honrado pela Dra. Regina e pelo Dr. Paulo quando, a partir da 3ª reunião de discussão do HumanizaSUS, sua equipe foi incorporada ao grupo de discussão.

Empolgado, ele afirmou que a pujança do Brasil e do seu povo tem no SUS, em sua opinião, um dos seus maiores expoentes. No âmbito do nosso Ministério da Saúde e, brevemente, em todo o Sistema Único de Saúde, esta integração real e verdadeira, que de fato vivemos agora, é muito empolgante, pois o Estado passa a ser vanguarda e tem, neste momento, o poder de incentivar estados e municípios a se “humanizarem” também.

Então, aqui na Humanização vemos materializado o sonho da integração das Secretarias, dos Departamentos e das Coordenações do Ministério da Saúde, do respeito e da reafirmação do nosso SUS. Assim, afirmou ele: “Sem medo de ousar, em minha opinião, o SUS será tão ou mais forte que, por exemplo, a nossa PETROBRAS, e virá a ser um dos nossos principais produtos de exportação, trazendo riquezas para a nossa Nação e oferecendo dignidade e justiça social para os outros povos e nações”.

Dr. Diogo concluiu sua emocionada fala afirmando que “*a Humanização é o sonho que realiza e fortalece o SUS*”, arrancando prolongados aplausos dos participantes.

Dra. Karla Larica Wanderley
Consultora Técnica da Área de Atenção Hospitalar (SAS/DAE)

Dra. Karla destacou que as afirmações do Dr. Diogo Mendes quanto ao clima hoje vivido no Ministério da Saúde representam os sentimentos de todos.

Concordou que a fragmentação das ações ainda é uma realidade, mas acredita que o ambiente é propício para a integração. Ressaltou que a área da Atenção Hospitalar (que é ligada ao Departamento de Atenção Especializada da SAS) tem o compromisso e o desejo de continuar a discussão sobre a PNH.

Dando conseqüência e concretude aos debates, sua área propõe a certificação dos hospitais universitários no nível A segundo critério sugerido pela PNH, por entender a importância do papel destas instituições na formação dos trabalhadores da saúde e na prestação de serviços à população.

Por fim, pontuou que, com esse olhar, sua equipe estará discutindo a contratualização dos serviços e de pessoas.

Dra. Maria Cecília de La Torre
Assessora Técnica da Área de Urgências e Emergências (SAS/DAE)

Dra. Maria Cecília iniciou pontuando que a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída recentemente pelo Ministro Humberto Costa, já fez sua PPI (Programação Pactuada Integrada) considerando os critérios sugeridos pela Política de Humanização e já começou a colocar em práticas as ações combinadas.

Refletiu, em seguida, que a sociedade delegou aos profissionais de saúde cuidar dos outros, mas não delegou a eles julgar e muito menos aplicar penalidades, tratando dos usuários de forma preconceituosa, ou diferenciada, considerando alguém como “do Bem” e outro, como “do Mal”, por ter cometido alguma falta... deixando-o desassistido e sem cuidados.

A convidada lembrou uma entrevista da escritora Hilda Hilst, na qual ela falava de sua dificuldade com a Aritmética. Dizia que o professor passou um problema sobre alguém que tinha 3 galinhas, que uma foi perdida no caminho, outra morreu e ele perguntou: “quantas sobraram?” Hilda falou que sua preocupação era com a que se perdeu, e com a que morreu: “*como se perdeu? por que morreu?*” Na construção da política de humanização, nós também precisamos nos perguntar porque muitos se perdem no caminho da saúde, como e porque outros morrem sem assistência.

Dra. Maria Cecília concluiu sua fala afirmando: “Nós da Urgência dizemos *Presente* à Política Nacional de Humanização!”.

Dra. Nádia da Cunha Fernandes
Assessora Técnica da Coordenação de Alta Complexidade (SAS/DAE)

A Dra. Nádia afirmou que a Alta Complexidade revela sua parceria com a PNH pactuando um compromisso de incluir os princípios norteadores da Humanização em sua política.

Contou que sua área começou a trabalhar articulada com a Política de Humanização do Ministério da Saúde, quando construiu um documento preliminar da Política Nacional de Atenção aos Portadores de Doenças Renais. Segundo ela, essa mesma perspectiva estará presente no processo de atualização das políticas para a

Ortopedia, Cardiologia e as demais especialidades que constituem a Coordenação da Alta Complexidade.

Dra. Roseane Simão Dias Chaves

Assessora Técnica da Coordenação de Média Complexidade (SAS/DAE)

Afirmando-se honrada de participar desta mesa representando a Dra. Salette Curci, Coordenadora da Média Complexidade, apontou que desde o início das discussões deste ano, sua área percebeu a importância da humanização e se dispôs a participar ativamente das reuniões e oficinas, por entender que o processo proposto pela equipe da PNH constituía um espaço de oportunidades para começar a conhecer os vários parceiros no Ministério e assim iniciar um trabalho que não fosse fragmentado nos diversos níveis de atenção.

Dra. Roseane informou que, no processo de revisão de diversas portarias que estão em vigor, sua área está recomendando o atendimento multidisciplinar nos Centros de Referência como uma forma de humanizar os atendimentos.

Finalizou sua intervenção aproveitando a oportunidade para convidar todos a participarem com sugestões das oficinas para a construção da política da Média Complexidade.

Dra. Ângela Cristina Pistelli

Chefe de Gabinete do Departamento de Atenção Básica (SAS/DAB)

Dra. Ângela iniciou afirmando sua concordância com a principal preocupação colocada nos grupos no que se refere ao resgate de serviços mais resolutivos. Apontou que estrategicamente a área de atenção básica tem investido no Programa de Saúde da Família e cada vez mais na formação de conselhos locais, que estão participando ativamente do planejamento das equipes.

Ela reforçou o compromisso do DAB com os princípios da Política Nacional de Humanização, ao propor a ampliação da cobertura das populações mais pobres e sem acesso, através do Programa de Saúde da Família-PSF, e pelo aumento dos incentivos e no resgate dos direitos dos cidadãos.

Dr. Roberto Passos Nogueira

Coordenador Geral do Trabalho em Saúde (SEGETES)

O Dr. Roberto Nogueira iniciou sua intervenção com elogios à realização desta Oficina, afirmando que foi extraordinária do ponto de vista da aprendizagem e, que, no trabalho de grupo, sentiu-se emocionado com o compromisso dos agenciadores, os participantes da Oficina. E isso o fez se perguntar: “como passamos do ponto em que estamos, em que somos meros recursos, para sermos efetivos sujeitos?”, acentuando que existem sujeitos a serem trabalhados dos dois lados (trabalhadores e usuários), construindo compromissos com novos valores, com o respeito ao outro. E para isso, há alguns pressupostos: a qualidade do trabalho, com segurança e resolutividade; o nível de educação para o ambiente, para o usuário e para o trabalhador; e a formação continuada.

A qualidade da atenção não pode ser dissociada da dignidade do trabalho. Assim, no Programa Nacional da Desprecarização do Trabalho há consciência sobre os problemas e os nexos com a Política Nacional de Humanização.

Lembrou que há situações de esgotamento físico-psíquico por parte do trabalhador, submetido a rotinas estonteantes de trabalho. Assim, ressaltou que, quando se fala em humanização do trabalho, é necessário conceber abordagens e métodos de cuidado dirigidos àqueles que cuidam da saúde e defender a qualidade de vida do trabalhador que cuida da saúde.

Concluiu reafirmando o grande mérito da Oficina, por trazer a mobilização humana e a motivação – que pôde ser vista e vivenciada no trabalho dos grupos – fundamental para mudar a realidade da desumanidade dos serviços

AVALIAÇÃO DA OFICINA PELOS PARTICIPANTES

Em razão de o tempo existente para o conjunto da Oficina ter sido muito curto para contemplar grande diversidade temática e com um grande número de participantes, a única forma de avaliação viável foi o preenchimento individual de um pequeno formulário, pedindo que cada um emitisse sua opinião geral sobre o evento e formulasse suas sugestões. Como muitas pessoas tiveram que se retirar antes do término do evento (principalmente por causa dos deslocamentos aéreos para outras regiões), do universo de 150 pessoas que tiveram suas presenças registradas no evento, 62 pessoas apresentaram suas opiniões e sugestões, que foram analisadas e sintetizadas pela coordenação.

As opiniões registradas apontam quase uma unanimidade em considerar excelente a realização da Oficina.

Os participantes consideraram que o evento foi de suma importância para a continuidade da política e para os esclarecimentos de pontos que ainda não haviam sido abordados. Porém, a grande maioria citou a falta de objetividade e a necessidade de uma demonstração concreta das ações que estão sendo praticadas nas regiões onde a política já está sendo aplicada.

Foi abordado, ainda, a ausência do assunto “Dificuldades”, ou seja, uma abordagem maior aos obstáculos existentes para a implementação e/ou continuidade da PNH para que em conjunto os participantes apresentassem soluções aos problemas.

Outro ponto de destaque foi a necessidade de que os representantes do Ministério da Saúde estejam mais presentes nos estados e/ou municípios para o acompanhamento da política.

Dentre os fatores negativos, o tempo foi o problema mais acentuado para os participantes, pois o consideraram muito pequeno para um assunto tão vasto e que por este motivo as discussões ficaram prejudicadas.

Outro fator um pouco criticado foi o espaço físico para a reunião dos grupos pois alguns participantes consideraram que as disposições dificultaram o contato entre as pessoas.

No que tange às sugestões, as mais apresentadas foram:

- A realização de Oficinas Regionais
- Aumentar o tempo de duração do evento
- Manter os encontros para que se acentue a interface entre os Estados
- Disponibilizar no site o cadastro de todos os participantes da Oficina

- Disponibilizar no site a sistematização de todo o trabalho realizado pelos grupos durante o evento
- Criar um mecanismo para que todos possam acompanhar o andamento da PNH em conjunto, por exemplo via e.mail.
- Maior integração entre os representantes do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais
- Destacar as experiências dos outros Estados

Assim, face às opiniões e sugestões relatadas, concluímos que a oficina foi bem avaliada e que os pontos negativos foram poucos mas, merecem atenção para o aperfeiçoamento de um próximo encontro. As sugestões serão, na medida do possível, sempre levadas em consideração.

ANEXO I – SUGESTÕES PARA A AGENDA DA PNH

Como resultado das discussões feitas nos grupos, foi produzida a seguinte síntese com sugestões e propostas para a implementação da PNH:

Pactuação da Política:

- Realizar reunião do Ministro da Saúde e representantes da Política de Humanização, das secretarias/MS e unidades vinculadas, com Secretários Estaduais e Municipais das capitais e de municípios que já estão com a PNH em processo de implantação e representantes dos Conselhos de Saúde nas três esferas (gestão participativa), para assinatura de um **Pacto de Humanização**. Sugestão de ser por Regiões.
- Incluir os parâmetros da PNH durante a revisão e/ou nas novas portarias e normas das diferentes áreas;
- Construir a pactuação da PNH nas bipartites e tripartite.
- Realizar a pactuação da PNH nos conselhos Estaduais e Municipais de Saúde
- Coordenação Nacional da PNH: instituir fórum nacional de discussão sobre as questões de humanização, junto ao CNS.
- Coordenação Nacional da PNH: influenciar o aparelho formador dos profissionais de saúde, no sentido de reconhecer a importância de práticas humanizadoras.
- Comitê Estadual: instituir fórum estadual de discussão sobre as questões de humanização, junto aos conselhos.
- Comitê Municipal e GTH de serviços: instituir fórum municipal de discussão sobre as questões de humanização, junto aos conselhos.

Formação, Divulgação e Troca de Experiências

- Realizar capacitação da equipe gestora de saúde para a humanização.
- Desenvolver estratégia de divulgação, disponibilizada junto aos trabalhadores, conselheiros e usuários.
- Realizar Oficina Regional com apresentação de experiência, com data indicativa para segunda semana de janeiro/2004.
- Realizar Oficinas Locais nos próximos seis meses; as datas serão enviadas pelos Estados e Municípios

- Realizar Capacitação Regional no primeiro semestre de 2004

Proposta do Grupo 1 – para atividades regionais e estaduais / Nordeste

Regional NE:

- Reuniões mensais entre representantes estaduais (dois por estado) com o consultor regional, em rodízio de sede.
- Agenda de curto prazo para encontro do consultor regional com os Secretários de Saúde dos estados da região e pautar humanização na reunião da bipartite.
- Estabelecer contato dos Secretários de Saúde dos estados da região, com o Ministério da Saúde, e pactuar termo de compromisso.

Rio Grande do Norte:

- Definir o trabalho com os vários hospitais que já demonstraram interesse de integrar a rede, para além daqueles participantes desde o PNHAH.
- Discutir a questão do Financiamento nos encontros estaduais e municipais.

Maranhão:

- Mapear a situação atual e definir ações baseadas neste diagnóstico, elencando prioridades.
- Articular o trabalho de humanização com a Gerência de Qualidade de Vida e Secretaria Extraordinária de Programas, dois interlocutores no estado.

Ceará:

- Criou Comissão Estadual, tem proposta de plano estadual e a agenda é o lançamento pelo governador do estado, em dezembro.
- Implementação dos GTH por Serviço e por Programa, esta última é questão aberta, por equacionar.

Piauí:

- Preocupação com os hospitais em intervenção – qual a situação atual?
- Recompôr a Comissão Estadual.

ANEXO II – PARTICIPANTES DA OFICINA

Incluídos os gestores que deram contribuições nas Mesas Redondas – Ministro Humberto Costa, Secretário Dr. Gastão Wagner, convidados do CNS, CONASEMS, OPAS e vários diretores responsáveis por áreas e programas – e a equipe técnica que trabalhou na realização da Oficina HumanizaSUS, o público presente nos dois dias totalizou 181 pessoas, 72% constituído de mulheres.

Deste universo, 102 participantes vieram das mais diversas áreas do Ministério da Saúde, 03 foram convidados de outras entidades e 76 pessoas vieram de Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde.

Estiveram representadas as 27 Unidades da Federação, sendo 40 pessoas indicadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e 36 indicadas por Secretarias Municipais de Saúde (vindas de 30 diferentes municípios).

As áreas do Ministério da Saúde mais fortemente representadas foram a Secretaria Executiva (48 pessoas, aí considerados os 12 consultores da PNH) e a Secretaria de Atenção à Saúde (31 pessoas).

Ainda que em menor número, todas as demais Secretarias, Fundações e Autarquias vinculadas ao MS se fizeram representar.

Participantes provenientes dos Estados e Municípios

Ana Flávia da Costa Nobre	AC	SES
Honorinda Firmino Cavalcante	AC	SMS - Rio Branco-AC
Jocelina Moura de Omena	AL	SMS - Maceió – AL
Virgílio Vieira	AL	SES
Edlécia Rodrigues de Alencar Carneiro	AM	SES
Ellen Maria Holanda Farias	AP	SES
Regina Célia Frota Vieira	AP	SES
Rosa Maria de Lima Monteiro	AP	SES
Sérgio Adriane Pereira Mendonça	AP	SMS - Macapá – AP
Matary Tayguara Brito de Orleans	BA	SES
Sônia Maria Santana Macedo	BA	SES
Annatália Meneses de Amorim Gomes	CE	SES
Maria Gurgel Magalhães	CE	SMS - Fortaleza – CE
Adriana Ribas Silva Farage	DF	SES
Mércia M. Fernandes de Lima Lira	DF	SES
Paulo Fernando da Silva Teixeira Filho	DF	SES
Marcia Élide Furrechi	ES	SES
Dalila Pereira Luz E Carvalho	GO	SES
Maria Rita Antônia de Freitas Fonseca	GO	SES
Sandra F. de Souza Hamú	GO	SES
Eudisluzia Ferreira Peterson	GO	SMS - Aparecida de Goiânia
Helizette Santos De Lima	GO	SMS - Goiânia – GO
Lucilene Longo	GO	SMS - Ceres – GO
Mônica Ribeiro Costa	GO	SMS - Goiânia – GO
Railda Gonçalves Martins	GO	SMS - Goiânia – GO
Raimundo da Costa Fontenelle	MA	SMS - São Luís – MA
Zeni Carvalho Lamy	MA	SES

Helvécio Miranda Magalhães Júnior	MG	SMS - Belo Horizonte - MG
Maria Inês de Oliveira	MG	SMS - Betim –MG
Carla Anunciatta de Carvalho	MG	SES
Tereza Cristina Peixoto	MG	SES
Rosane Gurgel	MS	SMS - Campo Grande – MS
Rubens Trombini Garcia	MS	SES
Juarez Sander	MT	SMS - Vila Rica – MT
Rosângela de Oliveira	MT	SES
Maria da Conceição Carneiro Oliveira	PA	SES
Maria Suely Bezerra Fernandes	PA	SMS - Belém – PA
Tonya Penna de Carvalho P. de Souza	PA	SES
Carmen Coeli Lopes Cavalcanti Melo	PB	SES
Ginaldo Lago de Melo Filho	PB	SMS - João Pessoa - PB
Josefina Cláudia Zirpoli Amaral	PE	SES
Suzana Azoubel	PE	SES
Tereza de Jesus Campos Neta	PE	SMS - Recife – PE
Rosa Elina Campos Fernandes Pereira	PI	SES
Brígida Gimenez Carvalho	PR	SMS - Londrina - PR
Lenita Antônia Vaz	PR	SMS - Curitiba – PR
Maria Da Graça Ventura	PR	SES
Adelino Simões e Souza	RJ	SES
Avani Martins França	RJ	SMS - Duque de Caxias - RJ
Renata Senna de Souza	RJ	SMS - Niterói – RJ
Mariza Sandra de Souza Araújo	RN	SMS - Natal – RN
Tarcísio Gurgel de Sousa	RN	SES
Ana Paula Santos Cruz	RO	SES
Ana Pereira Feitosa	RO	SES
Edna Benedita Nareci Salvador	RO	SMS - Ji-Paraná - RO
Simoni Alves Diniz Luna	RO	SES
Edgar Hoover De Souza Cruz	RR	SES
Décio Ignácio Angnes	RS	SES
Jussara Nunes Ortiz	RS	SMS - Porto Alegre – RS
Marta Helena Fernandez Caminha	RS	SMS - Porto Alegre – RS
Milene De Oliveira Bordignon	RS	SMS - Porto Alegre - RS
Plínio Augusto Freitas Silveira	SC	SMS - Chapecó – SC
Rosina Moritz dos Santos Silveira	SC	SES
Alvaci Freitas Resende	SE	SES
Mônica Sampaio De Carvalho	SE	SMS - Aracaju – SE
Ângela Aparecida Capozzolo	SP	SMS - São Paulo – SP
Ismênia César	SP	SMS - Marília – SP
Izabel Cristina Rios	SP	SES
Márcia Marinho Tubone	SP	SMS - São Paulo - SP
Raquel Pastana Teixeira Lima	SP	SMS - Campinas – SP
Renato Frederico M. Machado Kaschel	SP	SMS - Vinhedo – SP
Rina Maria Morgado Lechugo	SP	SMS - Santos – SP
Iandara De Moura Silva	TO	SMS - Palmas – TO
Márcia Valéria R. De Queiroz Santana	TO	SMS - Palmas – TO
Rosicler Lopes Ribeiro Guimarães	TO	SES
Sônia Menelik Da Costa	TO	SES

Participantes das Diversas Áreas do Ministério da Saúde¹

Flávia Freitas	ANVISA	GGTES
Elisete Vieira De Jesus	DENASUS	Coord. Reg. Sul-Sudeste
Sandro Gerardi	DENASUS	Gabinete
Ademar Paulo Gregório	FUNASA	
Fabiana Borja Alves	GM	ASCOM
Humberto Costa	GM	Ministro da Saúde
Luiz Ziegelmann	HOSPITAIS	Grupo Hosp. Conceição
Lúcia Terezinha Garcia Pimenta	HOSPITAIS	Inst. Cardio Laranjeiras
Luisa Guimarães	SAS	
Milena Maria do Amaral Bastos	SAS	DAB
Ângela Cristina Pistelli	SAS	DAB/Gabinete
Eloiza Andrade Almeida Rodrigues	SAS	DAE/Atenção Hospitalar
Karla Larica Wanderley	SAS	DAE/Atenção Hospitalar
Rodrigo Rodrigues Miranda	SAS	DAE/Atenção Hospitalar
Lícia Galindo R.de Almeida Cardoso	SAS	DAE/Média Complexidade
Roseane Simão Dias Chaves	SAS	DAE/Média Complexidade
Salette Curci Barroca de Andrea	SAS	DAE/Média Complexidade
Cyrene Dos Santos Alves	SAS	DAE/Transplantes
Diogo Mendes	SAS	DAE/Transplantes
Irani Ribeiro De Moura	SAS	DAE/Urgência e Emergência
Maria Cecília Delatorre	SAS	DAE/Urgência e Emergência
Tatiana Lotfi de Sampaio	SAS	DAPE
Maria do Socorro Alves Lemos	SAS	DAPE/Gabinete
Ana Sudária de Lemos Serra	SAS	DAPE/Saúde Adolescentee Jovem
Aléxia Luciana Ferreira	SAS	DAPE/Saúde da Criança
Catarina Schubert	SAS	DAPE/Saúde da Criança
Daise Pinho Vecchi	SAS	DAPE/Saúde da Criança
Iolanda Vaz Guimarães	SAS	DAPE/Saúde da Mulher
Isa Paula Abreu	SAS	DAPE/Saúde da Mulher
Marta Roberta Coêlho	SAS	DAPE/Saúde da Mulher
Alfredo Schechtman	SAS	DAPE/Saúde Mental
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann	SAS	DAPE/Saúde Mental
Maria Cristina Fernandes Ferreira	SAS	DAPE/Saúde Pop. Penitenciária
Cristina Sette	SAS	DERAC
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo	SAS	DERAC
Nadia Da Cunha Fernandes	SAS	Gabinete
Regina Affonso De Carvalho	SAS	Gabinete
Terezinha Moreira	SAS	Gabinete/Ac.Est. e Munic.
Luiza Guimarães	SAS	Gabinete/Acomp.Est. Mun.
Jacirema Peixoto Sousa	SCTIE	CGPO
Itajaí Oliveira de Albuquerque	SCTIE	DECIT
Carlos Antonio Coutrim Caridade	SE	AII-SUS
Maria da Conceição Cavalcanti de Brito	SE	AII-SUS
Marília Gava	SE	AII-SUS
Alcindo Ferla	SE	AII-SUS - Diretor
Leonardo Brito	SE	AII-SUS - Datasus
Cipriano Maia de Vasconcelos	SE	DAD – Diretor
André Guerrero	SE	DIPE
Danielle Soares Cavalcante	SE	DIPE
Dulcilene Tiné	SE	FNS
Cláudia Regina de Lima	SE	Gab/Apoio
Márcia Aparecida do Amaral	SE	Gab/Dir de Programas
Paulo Sergio de Carvalho	SE	NT/PNH – Assessor

¹ Incluídos os participantes das Mesas-Redondas e a equipe técnica de apoio à Oficina.

Adail Almeida Rollo	SE	NT/PNH - Consultor Nacional
Gilberto Luis Scarazatti	SE	NT/PNH - Consultor Nacional
Maria Delzúfa Fontoura Silva	SE	NT/PNH - Consultor Nacional
Altair Massaro	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Bernadete Perez Coêlho	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Eduardo Mendes Ribeiro	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Esther Bemergoy de Albuquerque	SE	NT/PNH - Consultor Regional
José Jackson Coelho Sampaio	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Maria Esther de Albuquerque Vilela	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Maria Eunice Campos Marinho	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Raimundo Geraldo Viana Sales	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Stella Maris Chebli	SE	NT/PNH - Consultor Regional
Regina Duarte Benevides de Barros	SE	NT/PNH – Coord. Nacional
Rejane Vieira	SE	NT/PNH – Técnica
Radilson Carlos Gomes da Silva	SE	NT/PNH – Técnico
Antonio Mendes	SE	Qualificação
Raquelina Aguiar	SE	SAA/CGDI
Selma Duboc	SE	SAA/CGDI
Lília Soares Ramos	SE	SAA/CGMDI
Angela Maria de L. D. Lima	SE	SAA/CGRH
Hélio Ricardo Machado Lopez	SE	SAA/CGRH
Heloísa Marcolino	SE	SAA/CGRH
Maria José Mendes Pinto	SE	SAA/CGRH
Wanda Vasconcellos	SE	SAA/CGRH
David Braga Júnior	SE	SAA/CGRH – Consultor
Ricardo Carvalho	SE	SAA/CGRH – Consultor
Elizabeth Barros	SE	SAA/CGRH – Consultora
Stella Deusa Pegado de Araújo	SE	SAA/CGRH – Consultora
Vanessa Ponte	SE	SAA/CGRH – Consultora
Marcia Helena Nerva Blumm	SE	SAA/Gabinete
Priscila de Aquino Figueiredo	SE	SAA/Gabinete
Gastão Wagner de Sousa Campos	SE	Secretário Executivo
José Honório de Figueiredo Neto	SE	SPO
Breno Jose Albuquerque Lima	SE	SPO/CGOS
Maria Moema Borges Leal de Brito	SE	SPO/CGPL
Michelle Feversani Prolo	SE	SPO/GGPL
Maria Maurília Queiroga	SGP	Dir. Artic. Intersectorial
Carlos Alberto Gebrim Pretto	SGP	DOG-SUS
Doriane Patrícia Ferraz	SGP	Gabinete
Olinda Fabiani Gil	SGP	Gabinete
Anna Cláudia Romano	SGP	SGP
Simone Chaves Machado da Silva	SGTES	DGES
Luiza Beatriz R. Acioli Silva	SGTES	DGES/Profae
Mônica Durães	SGTES	DGES/Profae
Roberto Passos Nogueira	SGTES	DGRTS
Antônio Cezario	SVS	CGDANT
Sônia Maria Feitosa Brito	SVS	Gabinete
Kátia Carvalho Abreu	SVS	PN-DST/AIDS
Milton Fonseca	SVS	PN-DST/AIDS

Participantes provenientes de outras entidades

Geraldo Adão Santos	CNS	Conf. Nac. Aposentados e Idosos
Rogério Carvalho dos Santos	CONASEMS	Sec. Saúde Aracaju
Miguel Malo	OPAS	Coord. Geral Prom. Saúde

HumanizaSUS

Política Nacional de Humanização¹

Sumário

Apresentação

Marco teórico-político

- **Avanços e desafios do SUS**
- **A Humanização como política transversal na rede SUS**
- **Princípios norteadores**

Marcas

Estratégias Gerais

Ações de Implantação 2004

Diretrizes Gerais para a Implementação da PNH

Parâmetros para acompanhamento da implementação

- **Na Atenção Básica**
- **Na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Atenção Pré-Hospitalar e outros**
- **Na Atenção Especializada**
- **Na Atenção Hospitalar**

¹ Versão atualizada em janeiro/2004, incorporando as contribuições dos grupos de discussão da Oficina Nacional HumanizaSUS, realizada em 19 e 20 de novembro de 2003.

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 (SUS). 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 alegam, 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 Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – **HumanizaSUS**.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

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 é produto da contribuição de muitos que se envolveram na proposição da Política Nacional de Humanização.

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

Humberto Costa
Ministro da Saúde

Marco teórico-político

Avanços e desafios do SUS

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

A Humanização como política transversal na rede SUS

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS

Princípios norteadores

Destacamos, então, os princípios norteadores da política de humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Marcas

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores;

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação 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 do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- 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 o compromisso dos gestores com a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersectorialidade;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação;

- No eixo da informação/comunicação, indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – a inclusão da PNH no debate da saúde;
- No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Ações de Implantação 2004

- Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem as estratégias gerais da PNH (agenda de compromissos);
- Consolidar e expandir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) no Ministério da Saúde (referência nacional das ações), nas SES (referência estadual das ações), nas SMS (referência municipal das ações) e nos serviços de saúde, inclusive prestadores e hospitais filantrópicos (referência local das ações);
- Selecionar, apoiar e publicizar experiências na rede SUS com função multiplicadora;
- Garantir recursos necessários para a implementação da PNH com participação dos três níveis do governo;
- Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada com outros processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.);
- Articular 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 na implementação da PNH;
- Construção e revisão dos contratos/convênios, protocolos e fluxos assistenciais incorporando as diretrizes do PNH;
- Implementar campanha nacional da PNH.

Diretrizes Gerais para a Implementação da PNH

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;

- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

Parâmetros para acompanhamento da implementação

Na Atenção Básica

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- Incentivo às práticas promocionais da saúde;
- Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas.

Na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:

- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Na Atenção Especializada:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Na Atenção Hospitalar

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

Parâmetros para o Nível A

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Ouvidoria funcionando;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência;
- Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
- Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação.