

**Ministério da Saúde  
Secretaria de Assistência à Saúde**

**PROGRAMA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO DA  
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

**Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20**

**Brasília  
2001**

© 2001. Ministério da Saúde

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

Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20

Tiragem: 300 exemplares

*Produção, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9.º andar, sala 916

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 315 2291 / 315 2730

Fax: (61) 226 5087

Comitê Técnico de Humanização

*E-mail: Humanizamos2001@hotmail.com*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde  
Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /  
Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília:  
Ministério da Saúde.

60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20)

ISBN

1. Assistência Hospitalar – Programa Nacional de Humanização, I.  
Título. II. Série

CDV 362.1107(81)

NLM WA 540

DB8

---

# PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

## SUMÁRIO

Apresentação .....	7
Histórico .....	9
Justificativa.....	11
Objetivos .....	14
Público-alvo .....	15
Metodologia .....	16
Rede Nacional de Humanização Hospitalar.....	17
Avaliação e Mapeamento Nacional das Iniciativas de humanização.....	18
Sistema de Incentivos e Concessão do Prêmio Hospital Humanizado .....	19
Materiais e Estratégias de Suporte do PNHAH .....	20
Comitê Técnico de Humanização .....	21
Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.....	21
▪ Constituição das Equipes Técnicas de Capacitação para Humanização Hospitalar.....	22
▪ Funções das Equipes Técnicas de Capacitação para Humanização Hospitalar:.....	23
▪ Distribuição nacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.....	24
▪ Atividades dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar:.....	26
▪ Curso de capacitação/formação pessoal para os profissionais indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Centros Colaboradores, hospitais que desenvolvem programas de humanização da Saúde da Mulher e hospitais-piloto.....	28
Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar .....	33
▪ Definição de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.....	33
▪ Objetivos dos Grupos de Trabalho.....	33
▪ Planos de Intervenção .....	33
Cronograma.....	35
Detalhamento das Etapas do Cronograma .....	36
▪ Anexo I – Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar.....	40
▪ Anexo II – Modelo para implantação de um Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar .....	50



---

## PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

José Serra,  
Ministro da Saúde

A experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc.

Evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema; porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Nos últimos anos, tem-se visto que um hospital, com uma boa direção e uma boa equipe, funciona bem. Com condições idênticas de trabalho, um hospital consegue melhores resultados que outro se houver compromisso da liderança, qualidade na gestão, competência e criatividade da equipe. Os bons resultados dependem, em grande medida, da capacidade de o hospital oferecer um atendimento humanizado à população. Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço. E, por profissionais de saúde, consideram-se aqui todas as pessoas que trabalham nas unidades de saúde e não apenas médicos e paramédicos.

Nossas ações não deveriam se restringir à busca de melhorias na instituição hospitalar, mas também estender-se, também, à formação educacional dos profissionais de saúde – atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial pra disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado. Para isso, o Ministério da Saúde está lançando o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que apresenta propostas concretas e ações claramente definidas.

A iniciativa de criação deste programa expressa uma decisão firme do Ministério de enfrentar os grandes desafios de melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais desta área. O programa convoca os profissionais de saúde, para que trabalhem com afinco nessa direção. Devemos criar as condições para que as demandas da população se imponham como determinante maior do direcionamento e da qualidade dos serviços.

---

## **PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

### **Apresentação**

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.





## Histórico

O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

A primeira etapa deste Programa foi a realização de um Projeto-Piloto implementado em dez hospitais distribuído em várias regiões do Brasil, situado em diferentes realidades socioculturais, e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão<sup>1</sup>.

No dia 24 de maio de 2000, foi apresentado, em Brasília o Projeto-Piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, para convidados representativos das várias instâncias da área da saúde, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, dirigentes de hospitais e universidades, representantes dos usuários, conselhos de Saúde e conselhos de Classe. Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, o comitê escolheu um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica para desenvolver o Projeto-Piloto.

O trabalho em cada hospital foi desenvolvido por dois profissionais, com o acompanhamento de uma equipe de supervisores e coordenada pelo Comitê de Humanização.

Os principais objetivos do Projeto-Piloto foram: a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

**O Programa de Humanização da Assistência Hospitalar ofereceu a oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais.**

O conhecimento produzido no decorrer de cinco meses de trabalho do Projeto-Piloto ofereceu um extenso material para reflexão e análise, que propiciou uma base sólida para a elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo II – Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar.



## Justificativa

A resposta dos hospitais às proposições que compunham o Projeto-Piloto<sup>2</sup> confirmou a expectativa deste Comitê de que existe um terreno fértil nestas instituições para que se desenvolva uma nova cultura de atendimento à saúde. Esta nova cultura reflete um desejo, por parte das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de ações integradas, na área da assistência hospitalar, visando à melhoria da qualidade de atendimento nos hospitais da rede SUS. Este conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos etc. Faz parte deste conjunto de medidas, como forma de garantir o melhor uso desta infra-estrutura, o desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde.

A eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde.

**No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, É essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação.**

Trata-se de um ser e fazer que se inspira numa disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser autônomo e digno.

**O Programa Nacional de Humanização apresenta um importante ponto de convergência com outras iniciativas e programas voltados para o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento no âmbito hospitalar.**

Além da convergência com programas que visam à melhoria da infra-estrutura das instituições, devemos destacar a sintonia existente entre o Programa de Humanização e programas de aperfeiçoamento da gestão hospitalar que são voltados à obtenção de melhores resultados no atendimento aos usuários e ao fortalecimento do compromisso de toda equipe de profissionais com a mudança de cultura do atendimento à saúde nos hospitais. Entre esses programas de aperfeiçoamento da gestão hospitalar, merecem ser citados, em especial, o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e os programas que desenvolvem ações de humanização na área de Saúde da Mulher. São amplas as possibilidades de articulação e cooperação com esses programas.

A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais.

---

<sup>2</sup> Ver Anexo I – Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que esta necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde, vem sendo amplamente reconhecida. No entanto, todas as iniciativas encontradas são setoriais, uma vez que pelo próprio conceito de humanização utilizado nas instituições, se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem conseguir o envolvimento do todo das organizações. Nestes casos, a despeito dos resultados favoráveis das ações de humanização, persiste um desconhecimento destas propostas pelas próprias instituições e pelo público que o utiliza, bem como uma impossibilidade de mudança da cultura institucional em relação à humanização, mudança essa vital para darmos um passo definitivo na transformação do atendimento em saúde no Brasil.

Esta realidade reafirma a necessidade de articular essa mudança através de um novo conceito de humanização, que contemple a instituição “hospital” como um todo. Isso pode ser feito através da implementação de Grupos de Trabalho de Humanização em cada hospital, que sejam, pela sua representatividade, o elemento agregador e difusor desse novo conceito em torno de um eixo comum de atendimento humanizado, contemplando os aspectos subjetivos e éticos presentes na relação que se estabelece entre usuários e profissionais.

**O Programa Nacional de Humanização oferece uma diretriz global que congrega os projetos de humanização desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar.**

É fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo: cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

O Programa Nacional de Humanização depende da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo-se o caráter processual destas transformações.

**São fundamentais a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dignidade do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões.**

O conjunto de ações proposto pelo PNHAH distribui-se em várias frentes complementares para a criação desses espaços de comunicação. Entre eles está a formação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde. A construção dessa rede representa uma condição fundamental para a consolidação do processo de humanização nos hospitais, estando referidas a ela as demais ações do Programa.

Através das secretarias estaduais, articuladas às secretarias municipais e com apoio das equipes de capacitadores do Ministério da Saúde, serão formados os Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar, distribuídos nas cinco regiões do país. Esses grupos, acompanhados pelas equipes de capacitadores, trabalharão na formação, no treinamento e na capacitação dos agentes que levarão o processo de humanização aos hospitais.

Serão também formados os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar. Esses grupos serão compostos por lideranças expressivas do coletivo dos profissionais que, comprometidas com os princípios da humanização, constituem um espaço de comunicação e um real dispositivo para mudança institucional. A atuação em grupo que caracteriza o modo de funcionamento destes espaços, permite que a realização das iniciativas seja responsabilidade da

própria instituição e represente o todo da organização. Dessa forma, o trabalho produzido ganha força e permanência ao longo do tempo.

**A própria instituição hospitalar, através da voz dos Grupos de Trabalho, assume a direção da construção de sua identidade e do sentido de sua existência.**

Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, a realização dessa tarefa oferece a possibilidade da instituição como um todo assumir o lugar de sujeito protagonista, nessa enorme tarefa de mudança da cultura de atendimento e de reconstrução da imagem do serviço público de saúde, tão desgastado ao longo da história, perante a comunidade.

A elaboração de planos de ações concretas de humanização terá como pano de fundo o resgate destes valores e a consideração da natureza específica de cada realidade institucional.

Dentre as condições necessárias para a sustentação do processo de constituição e consolidação destes grupos de trabalho, podemos destacar: capacitação de seus membros por um assessor externo, criação de instrumentos formais e normativos para sua institucionalização, construção de sistema de incentivos e reconhecimento público da qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais, consolidação em âmbito nacional como instrumento de política pública de saúde, participação efetiva dos gestores dos hospitais e de representantes dos usuários nos grupos de trabalho, articulação dos grupos de trabalho numa rede de comunicação permanente e estabelecimento de alianças e parcerias com programas de humanização já em curso que visem a melhoria da qualidade do atendimento à saúde na rede pública hospitalar.

A partir dessas considerações, propomos a construção do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, a ser implantado sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde com assessoria do Comitê Técnico de Humanização.

## Objetivos

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade

## **Público Alvo**

- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- Hospitais da rede pública de saúde do Brasil:
  - 1.<sup>a</sup> fase:
    - Hospitais participantes do Projeto-Piloto de Humanização;
    - Hospitais integrantes do Programa dos Centros Colaboradores;
    - Hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher;
    - Hospitais que integrarão a Rede Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
  - 2.<sup>a</sup> fase:
    - Hospitais da rede pública de saúde do Brasil.

## Metodologia

A metodologia escolhida prevê a multiplicação progressiva do Programa de Humanização para um conjunto cada vez maior de hospitais da rede pública, por meio do apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e dos hospitais já capacitados, que serão transformados em Centros de Referência em Humanização.

A fase de implantação transcorrerá entre maio de 2001 a abril de 2002 e alcançará 94 hospitais.

A segunda fase, de maio a dezembro de 2002, pretende estender o Programa a um número estimado de 450 novos hospitais, selecionados pelo seguinte critério:

- Hospitais que tenham participado da Rede Nacional de Humanização na fase de implantação;
- Hospitais indicados pelas Secretarias de Saúde e pelos hospitais que participaram da primeira fase.

Caberá a cada um dos 94 hospitais já capacitados na fase de implantação e a cada Secretaria de Saúde participante, a possibilidade de escolha de três novos hospitais para implantação da metodologia de capacitação.

A implantação do PNHAH será compartilhada pelo **Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde** (municípios que possuem hospitais participantes do Programa com gestão plena do sistema).

**A coordenação nacional do PNHAH estará a cargo do Ministério da Saúde, na Secretaria de Assistência à Saúde, com a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização.**

Serão criados **Grupos de Multiplicadores**, distribuídos por todas as regiões do Brasil, sendo esses grupos compostos por profissionais capacitadores, contratados pelo MS, e por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Grupos de Multiplicadores serão responsáveis pela divulgação do PNHAH no âmbito de cada região. Com o apoio logístico das Secretarias de Saúde que participarão do Programa e com a participação dos representantes dessas Secretarias já capacitados pelas equipes de consultores, os Grupos de Multiplicadores serão responsáveis pela capacitação técnica dos representantes dos hospitais e pelo acompanhamento e supervisão do trabalho realizado nos hospitais participantes.

O trabalho nos hospitais prevê a criação de um **Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar**, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, que terá como atribuições: difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários.



## **Rede Nacional de HumanizaÁ,o**

As diversas instâncias acima discriminadas, a saber: Comitê Técnico, Grupos de Multiplicadores, Secretarias de Saúde; Grupos de Trabalho Hospitalar e estarão permanentemente integradas à **Rede Nacional de HumanizaÁ,o**, a ser criada no segundo semestre de 2001.

A Rede Nacional representa um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização desenvolvido em cada localidade, uma vez que possibilita o intercâmbio constante de idéias, estratégias e informações relevantes, além de garantir o apoio e a ressonância necessários a cada iniciativa.

A construção da Rede Nacional se dará de forma gradual, incluindo sucessivamente as instituições públicas de saúde que participam da fase de implantação do PNHAH, as entidades da sociedade civil e demais hospitais da rede pública que manifestarem interesse em participar do Programa.

A Rede Nacional de Humanização será estruturada em três níveis distintos: presencial, eletrônica (WEB) e audiovisual (não-eletrônica).

- **Rede presencial**

Composta pelo Comitê Técnico de Humanização, pelos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar (Secretarias Estaduais articuladas às Secretarias Municipais com apoio das Equipes de Capacitadores do Ministério da Saúde) e pelos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar, presentes em cada um dos hospitais participantes.

- **Rede eletrônica**

Composta pelo *site* de Humanização da Assistência Hospitalar, sob coordenação do Comitê Técnico de Humanização e pela equipe de Multiplicadores Eletrônicos, responsáveis pela ali-mentação do *site* com informações, experiências e debates relevantes ao PNHAH.

Com a ampliação progressiva da Rede Nacional de Humanização, os hospitais integrados na fase de implantação e os novos hospitais interessados em participar do Programa receberão, via *internet*, tanto informações para acessar os **dispositivos da rede eletrônica** (Banco de Projetos, Mapa Nacional de Humanização, grupos de discussão, palestras, conferências e supervisão à distância), como também todo material disponível para capacitação audiovisual (pacotes audiovisuais e *workshops*).

- **Rede audiovisual**

Inclui pacotes audiovisuais de informação e capacitação: manuais, vídeos, relatórios, publicações oficiais.

Serão produzidos 6.500 pacotes audiovisuais de forma a atender a todos os hospitais que compõem a rede SUS: na fase inicial 500 e, progressivamente, conforme a necessidade, serão produzidos os demais.

Distribuídos pelos Grupos de Multiplicadores aos hospitais e Secretarias participantes da rede presencial e, também, por meio de *workshops* às instituições que queiram receber informações para utilização e participação na rede eletrônica.

## **Avaliação e mapeamento nacional das iniciativas de humanização**

O desenvolvimento do trabalho nos hospitais e Secretarias de Saúde será permanentemente acompanhado e avaliado pelo Comitê Técnico organizador.

O Programa contará com alguns instrumentos específicos para a pesquisa e a avaliação de resultados, tais como:

### **Pesquisa nacional das iniciativas de humanização desenvolvidas nos hospitais da rede SUS.**

Será realizada uma pesquisa nacional das experiências de cunho humanizador já em curso nos hospitais da rede SUS. Essa pesquisa será realizada no período de agosto a outubro de 2001, com o objetivo de construir um **Mapa Nacional de Humanização**.

Esse mapeamento servirá de base para:

- inclusão de novas instituições na Rede Nacional de Humanização;
- levantamento de possibilidades de distribuição de pacotes de informação e capacitação (manual, vídeos, cartilhas e publicações);
- escolha de regiões para a realização de *workshops* de apresentação do material do pacote e de experiências de humanização;
- planejamento da segunda etapa de capacitação e implantação do PNHAH.

A montagem do questionário, bem como a metodologia de aplicação, a avaliação final e a análise dos resultados estarão a cargo do Comitê Técnico de Humanização.

Um profissional técnico em pesquisa será contratado pelo Programa para o processamento dos dados, produção de tabelas de resultados e codificação dos questionários.

### **Pesquisa de avaliação do grau de satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde**

Essa pesquisa será aplicada em todos os hospitais participantes da primeira fase do PNHAH, em dois momentos distintos (no início e ao final dos trabalhos) e será baseada nos indicadores técnicos de humanização.

Segue abaixo a distribuição das tarefas para a realização dessa pesquisa:

- Comitê de Humanização: elaboração, montagem do questionário, acompanhamento e análise de resultados.
- Grupos de Multiplicadores (SES, SMS e Equipes de Capacitação do MS): metodologia de aplicação.
- Hospitais integrantes desta fase: aplicação dos questionários.
- Profissional técnico em pesquisa: processamento de dados, produção de tabelas de resultados, codificação dos questionários.
- Relator: avaliação e relatório de resultados.

## **Sistema de Incentivos e Concessão do Prêmio Hospital Humanizado**

É de fundamental importância **reconhecer e estimular** as iniciativas de humanização, valorizar as instituições e os profissionais competentes e comprometidos com o tema. Mais do que isso é desejável que o hospital verdadeiramente humanizado receba um tratamento diferenciado por parte dos gestores públicos de Saúde e dos órgãos governamentais tendo prioridade no estabelecimento de contratos e convênios no futuro.

Com esse intuito, o PNHAH concederá o título de “Hospital Humanizado”, pelo prazo de um ano, aos hospitais cujo padrão de assistência e funcionamento global estejam em conformidade com os indicadores de humanização e os princípios e diretrizes do PNHAH.

## **Materiais e Estratégias de Suporte do PNHAH**

- Normatização: criação de Portaria para regulamentação do PNHAH e para a instituição do Comitê Técnico de Humanização.
- Publicação oficial do Programa de Humanização.
- Incentivos:
  - criação de prêmio anual “Hospital Humanizado”;
  - congresso Nacional de Humanização.
- Vídeos – relatos de experiências de atendimento humanizado.
- Manuais – princípios e sugestões para a implantação do Programa Nacional de Humanização de Hospitais.
- *Workshops* – eventos regionais ou locais, com 8 horas de duração.
- *Internet*:
  - Rede Nacional de Humanização Hospitalar;
  - implantação de *home page* sobre humanização;
  - Mapa Nacional de Programas de Humanização Hospitalar;
  - páginas eletrônicas da Web (*sites*) com *links* entre si e acesso a outros *links* de interesse para humanização da Saúde;
  - bancos de dados de documentos de referência sobre saúde, humanização da assistência à saúde e do PNHAH e endereços eletrônicos dos participantes da Rede Nacional de Humanização;
  - grupos de discussão sobre implantação, desenvolvimento e avaliação de projetos;
  - palestras, conferências e supervisões de projetos à distância;
  - boletim eletrônico;
  - agenda eletrônica de eventos de interesse para a área de Saúde.
- Alianças e parcerias com projetos de humanização já em desenvolvimento.
- Alianças e parcerias com entidades da sociedade civil (3.º Setor).
- Participação organizada de trabalho voluntário.

## Comitê Técnico de Humanização

O Comitê de Humanização atuará como condutor do processo, garantindo as diretrizes básicas do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e seus critérios e parâmetros de avaliação de resultados. Será, também, responsável pela articulação e apoio às redes regionais e sistematização da metodologia e da avaliação do trabalho.

Estarão sob responsabilidade do Comitê as seguintes atividades:

- apoio técnico ao trabalho desenvolvido pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- acompanhamento do trabalho das secretarias na condução operacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar;
- elaboração de textos para publicações, produção de vídeos e manuais;
- implantação da Rede Nacional de Humanização, da *home page*, do Banco de Projetos, do Mapa Nacional de Experiências de Humanização e desenvolvimento de mecanismos de constituição de redes;
- condução dos *workshops*;
- organização do Congresso Nacional de Humanização;
- acompanhamento do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Capacitação para Humanização Hospitalar;
- acompanhamento dos mecanismos de incentivo aos hospitais;
- acompanhamento das parcerias estabelecidas;
- coordenação dos cursos de especialização;
- elaboração de indicadores de humanização da assistência à saúde;
- elaboração de relatórios das atividades e de resultados;
- avaliações parciais e final dos resultados do Programa;
- criação e manutenção de canais de comunicação com a equipe e com o MS;
- desenvolvimento de novas metodologias de educação à distância.

## **Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar**

Os Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar serão constituídos, organizados e operacionalizados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com o apoio técnico do Ministério da Saúde. Esse apoio será oferecido regionalmente pelas Equipes Técnicas de Capacitação indicadas pelo Comitê Técnico de Humanização.

Os estados e municípios que compõem cada Grupo de Multiplicação serão representados por um Coordenador de Humanização e um suplente, indicados pelas Secretarias de Saúde, responsáveis pelo acompanhamento da implantação do Programa e pela comunicação de necessidades, oportunidades e resultados alcançados em seu estado ou município.

Nos Grupos de Multiplicadores será feita a capacitação dos profissionais indicados pelas secretarias para o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dos profissionais indicados pelos hospitais que compõem o Programa dos Centros Colaboradores, dos hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher e dos hospitais-piloto.

Caberá, também, aos Grupos de Multiplicadores, em conjunto com as equipes técnicas de capacitação, o acompanhamento e a avaliação da implantação e dos resultados do Programa, atuando como pólo de referência local da Rede Nacional de Humanização e estimulando a criação de vínculos entre todas as instâncias interessadas no programa.

- **Constituição das Equipes Técnicas de Capacitação para Humanização Hospitalar**

Serão constituídas por profissionais com reconhecida experiência em análise e supervisão socioinstitucional, detentores de notório saber em sua área de atuação, a serem indicados e coordenados pelo Comitê Técnico de Humanização.

- **Funções das Equipes Técnicas de Capacitação para Humanização Hospitalar**

- Desenvolver trabalho conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de oferecer cooperação técnica às secretarias na formação e funcionamento dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.
- Promover, junto às secretarias, o desenvolvimento regionalizado do Programa de Humanização, elegendo prioridades e possibilidades de implantação do Programa adaptado a cada região e definindo competências e responsabilidades de cada uma das instâncias para a implantação do PNHAH.
- Divulgar e difundir o Programa Nacional de Humanização no âmbito de cada região por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- Dar apoio à promoção de eventos, reuniões e *workshops* nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com os gestores e demais lideranças dos hospitais participantes.
- Dar apoio à distribuição do material de suporte do Programa Nacional de Humanização, (vídeos, manuais, informes) junto às Secretarias de Saúde e hospitais.
- Capacitar os profissionais de saúde que trabalharão como agentes de humanização nos Grupos de Multiplicadores (representantes das Secretarias de Saúde) e nos Grupos de Trabalho (profissionais dos hospitais integrantes do Programa).
- Ministrando o curso de formação e capacitação dos agentes de humanização.
- Capacitar, instruir, treinar, acompanhar e supervisionar esses agentes.
- Relatar ao Comitê Técnico a progressão do trabalho nos hospitais em sua respectiva região, fornecendo subsídios para a análise de indicadores, dificuldades e aperfeiçoamentos requeridos pelo Programa em seu desenvolvimento.
- Supervisionar a atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar que participaram do Projeto-Piloto (dez hospitais), de modo a transformá-los em futuros **Centros de Referência em Humanização**.
- Criar métodos de acompanhamento adequados às necessidades e às possibilidades de cada região, considerando a capacidade e a potencialidade das Secretarias Estaduais e Municipais, assim como as ferramentas e dispositivos à disposição em cada instituição.
- Criar metodologia de aplicação das pesquisas: a) de satisfação dos usuários e dos profissionais e b) de levantamento de experiências de humanização hospitalar.
- Desenvolver metodologia de multiplicação de capacitação para a 2.ª fase do Programa (maio a dezembro de 2002).

Além dessas funções que estarão sob a responsabilidade das Equipes de Capacitação como um todo, cada equipe terá um representante responsável especialmente pelas seguintes funções:

- a) estar presente nas reuniões com o Comitê, como representante da sua equipe, de forma a manter uma unidade de informações nas discussões realizadas;
- b) repassar aos demais integrantes de seu grupo qualquer material distribuído nas reuniões;
- c) transmitir informações sobre as questões conceituais e metodológicas discutidas nos encontros;
- d) estar presente em outras reuniões nas quais a equipe deve estar representada;
- e) transmitir ao Comitê as questões, sugestões e relatórios de seu grupo.

- **Distribuição nacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar**

A distribuição nacional dos Grupos de Multiplicadores, para o ano de 2001, foi determinada a partir da necessidade de acompanhamento e capacitação dos hospitais participantes do Programa dos Centros Colaboradores, dos hospitais-piloto e dos hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher.

A multiplicação progressiva de Grupos deverá, no desdobramento futuro do Programa, ser acordada por estados e municípios, visando a atender as necessidades específicas do espaço territorial-populacional e da área de abrangência de apoio administrativo. Tal forma de distribuição deverá visar à construção de uma rede regionalizada que atenda às necessidades locais e garanta um razoável grau de independência, autonomia e responsabilidade na resolução dos problemas locais.

**REGIÃO NORTE – 1 NÚCLEO:** Belém (atende a 10 hospitais integrantes do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e 2 hospitais Prêmio Galba de Araújo).

Amazonas - 3 hospitais  
Acre - 2 hospitais  
Rondônia - 1 hospital  
Roraima - 2 hospitais  
Pará - 3 hospitais  
Amapá - 1 hospital

**REGIÃO NORDESTE – 2 NÚCLEOS**

Núcleo 1:

Fortaleza (atende a 8 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, 1 hospital-piloto e 2 hospitais Prêmio Galba de Araújo).

Ceará - 6 hospitais  
Rio Grande do Norte - 2 hospitais  
Piauí - 1 hospital  
Maranhão - 2 hospitais

Núcleo 2:

Recife (atende a 8 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, 1 hospital-piloto e 1 hospital Prêmio Galba de Araújo).

Bahia - 4 hospitais  
Sergipe - 2 hospitais  
Alagoas - 1 hospital  
Pernambuco - 2 hospitais  
Paraíba - 2 hospitais



REGIÃO CENTRO-OESTE – 1 NÚCLEO: Belo Horizonte (atende a 11 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar 1 hospital-piloto e 6 hospitais Prêmio Galba de Araújo).

Goiás - 3 hospitais  
Mato Grosso - 4 hospitais  
Tocantins - 1 hospital  
Mato Grosso do Sul - 1 hospital  
Distrito Federal - 2 hospitais  
Minas Gerais - 8 hospitais

REGIÃO SUDESTE – 3 NÚCLEOS

Núcleo 1:

São Paulo – capital, grande SP e litoral (atende a 6 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, 4 hospitais-piloto e 1 hospital Prêmio Galba de Araújo).

São Paulo capital - 7 hospitais  
Itapeverica da Serra - 1 hospital  
Santos - 1 hospital

Núcleo 2:

São Paulo – interior (atende a 6 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e 1 hospital-piloto).

Campinas - 2 hospitais  
Vinhedo - 1 hospital  
São José do Rio Preto - 1 hospital  
Franca - 1 hospital  
Botucatu - 1 hospital  
Marília - 1 hospital

Núcleo 3:

Rio de Janeiro (atende a 10 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, 1 hospital-piloto e 2 hospitais Prêmio Galba de Araújo):

Rio de Janeiro – 11 hospitais  
Espírito Santo – 2 hospitais

REGIÃO SUL – 1 NÚCLEO: Porto Alegre (atende a 8 hospitais do Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, 1 hospital-piloto e 3 hospitais Prêmio Galba de Araújo).

Rio Grande do Sul – 4 hospitais  
Santa Catarina – 3 hospitais  
Paraná – 5 hospitais

- **Atividades dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar**

- 1 *Workshops* regionais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em junho/julho de 2001.

Os objetivos destes eventos são divulgar e difundir o PNHAH, discutir o funcionamento dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar e as responsabilidades, competências e articulações entre as Secretarias Estaduais e Municipais, distribuir material informativo, mobilizar e sensibilizar os participantes para a relevância da questão da humanização no atendimento à saúde e no trabalho do profissional de saúde, levantar informações para construção do mapa nacional de iniciativas de humanização e solicitar a indicação de profissionais das secretarias para desenvolvimento do trabalho de humanização junto aos hospitais dos Centros Colaboradores, aos hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher e aos hospitais-piloto.

- 2 Curso de capacitação/formação pessoal para os profissionais indicados pelas secretarias, centros colaboradores, hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher e hospitais-piloto .
- 3 Encontros com o Comitê Técnico de Humanização (1 a cada 2 meses) para acompanhamento do trabalho realizado e avaliação de resultados.  
Local – São Paulo  
Participantes: Comitê Técnico de Humanização  
- 1 representante da Equipe Técnica de Capacitação de cada um dos 8 Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar
- 4 Encontros com os Grupos de Trabalho-Piloto (quinzenais) de capacitação dos Grupos de Trabalho para formação de Centros de Referência em Atendimento e Trabalho Humanizado (1.ª fase).
- 5 Encontros mensais com representantes das secretarias e dos hospitais para acompanhamento, supervisão e avaliação do processo de implantação do Programa (1.ª fase).
- 6 Encontros mensais com representantes das secretarias para acompanhamento e supervisão da implantação da nova metodologia de multiplicação do trabalho (2.ª fase).

## Distribuição regional dos Workshops (1.ª Fase)

	Público	N.º de Profis.	Local	Secretarias Estaduais	Secretarias Municipais
Works 1 Norte	Séc. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	6 3 3 2	Belém	Amazonas Acre Rondônia Roraima Pará Amapá	Belém Rio Branco Boa Vista Ji-Paraná
Works 2 Nordeste	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	4 3 3 2	Fortaleza	Maranhão Piauí Ceará R.Grd.Norte	São Luis Fortaleza Natal
Works 3 Nordeste	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	5 3 3 2	Recife	Paraíba Pernambuco Alagoas Sergipe Bahia	João Pessoa Recife Maceió
Works 4 Centro-Oeste	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	6 9 3 2	Belo Horizonte	Tocantins Mato Grosso Goiás Dist. Federal Mato Gros Sul Minas Gerais	Goiânia Cuiabá Palmas Campo Grande Betim Belo Horizonte Ceres Anápolis Vila Rica
Works 5 Sudeste	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	2 2 3 2	Rio de Janeiro	Espírito Santo Rio de Janeiro	Niterói Rio de Janeiro
Works 6 Sudeste	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	1 7 6 6	São Paulo capital, interior e litoral)	São Paulo	Santos Vinhedo Campinas Franca São José Rio Preto Marília
Works 7 Sul	Sec. Est. Sec. Mun. Equipe Comitê	3 3 3 2	Porto Alegre	Paraná Sta Catarina Rio Grande Sul	Curitiba Londrina Porto Alegre
<b>Total</b>				27	30

Obs. Secretarias Estaduais – 27

Secretarias Municipais (gestão plena de sistema) – 30

- **Curso de capacitação/formação pessoal para os profissionais indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Sa' de, Centros Colaboradores, hospitais que desenvolvem programas de humanização da Sa' de da Mulher e hospitais-piloto.**

O conceito de capacitação/formação pessoal está associado ao conceito de parceria já proposto neste Programa. Assim como na parceria, o relacionamento entre as secretarias transcende a divisão de competências e responsabilidades para um respeito comprometido às realidades locais.

O processo de capacitação deverá ir além do simples ato de oferecer informações e orientações definidas unicamente pela Equipe Técnica de Capacitação. Deverá orientar caminhos operacionais a partir do levantamento de um conjunto de necessidades e oportunidades específicas de cada realidade local, criando ou selecionando ações definidas por meio de um consenso compartilhado entre formadores, representantes das secretarias e hospitais.

A habilitação e a qualificação não são atribuições exclusivas da Equipe de Capacitadores, mas sim uma realização conjunta das Secretarias e agentes de humanização, permitindo um compromisso de todas as instâncias envolvidas com a condução, a compreensão e a avaliação do Projeto.

### **Níveis de capacitação para a 1.ª Fase do Programa**

O processo de capacitação será desenvolvido atendendo a três níveis de objetivos:

- capacitação dos representantes indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em formadores de Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.  
Os objetivos: 1. sensibilização das instituições de saúde e da comunidade para o reconhecimento do valor da assistência humanizada; 2. divulgação do PNHAH e dos recursos oferecidos pelo Ministério da Saúde na participação ao Programa; 3. identificação e valorização de novas iniciativas de humanização; 4. formação de espaços de apoio institucional a novos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar;
- capacitação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar, constituídos durante a implantação do Projeto-Piloto, em Centros de Referência de Humanização.  
Os objetivos: 1. fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar na estrutura hospitalar; 2. aprimoramento de sua formação, de modo a garantir ao próprio hospital a responsabilidade pela condução, avaliação e reformulação das iniciativas de humanização produzidas naquela instituição;
- capacitação dos hospitais participantes do Programa dos Centros Colaboradores, dos hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher e dos hospitais-piloto para desenvolvimento do Programa de Humanização.  
O objetivo desta capacitação é a formação de uma cultura de atendimento e trabalho humanizado nas instituições hospitalares, tendo como instrumento maior dessa realização, a formação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

Obs.: Receberá o título de “Hospital Humanizado” a instituição que atender satisfatoriamente aos indicadores de serviço humanizado e tiver um Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar consolidado e atuante, atendendo adequadamente às atribuições definidas para seu funcionamento. Esse título concederá ao hospital os incentivos correspondentes e a possibilidade de ser um hospital colaborador na atribuição de serviço humanizado.

## **Etapas de Capacitação**

### 1ª etapa

Encontros regionais com profissionais representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

#### Objetivos:

- apresentar e discutir o PNHAH, seus objetivos e sua metodologia;
- apresentar e discutir o apoio técnico e operacional oferecido pelo Ministério da Saúde aos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar através das Equipes Regionais de Capacitação;
- proporcionar troca de informações e experiências sobre a realidade, as necessidades e as oportunidades dos hospitais;
- iniciar o trabalho de capacitação para o desenvolvimento de projetos de humanização e de criação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar;
- divulgar os materiais de suporte e de metodologia para o desenvolvimento de novos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.

## Distribuição regional do 1. encontro

	Público	N.º de Profiss.	Local	Rep.Sec.Est.	Rep.Sec.Mun..
Encontro Norte	Ind. SE/SM Equipe	9 3	Belém	Amazonas Pará Roraima Amapá Acre Rondônia	Belém Boa Vista Ji-Paraná Rio Branco
Encontro Nordeste (Fortaleza)	Ind. SE/SM Equipe	7 3	Fortaleza	Maranhão Piauí Ceará Rio G.Norte	São Luís Fortaleza Natal
Encontro Nordeste (Recife)	Ind. SE/SM Equipe	8 3	Recife	Paraíba Pernambuco Alagoas Sergipe Bahia	João Pessoa Recife Maceió
Encontro Centro-Oeste	Ind. SE/SM Equipe	15 3	Belo Horizonte	Tocantins Mato Grosso Goiás Dist. Federal Mato Gr Sul Minas Gerais	Goiânia Cuiabá Palmas Campo Grande Betim Belo Horizonte Ceres Anápolis Vila Rica
Encontro Sudeste (Rio)	Ind. SE/SM Equipe	4 3	Rio de Janeiro	Rio Janeiro Espírito Sto	Niterói Rio de Janeiro
Encontro Sudeste	Ind. SE/SM Equipe	8 6	São Paulo	São Paulo (capital, interior e litoral)	Santos Vinhedo Campinas Franca São José Rio Preto Marília
Encontro Sul	Ind. SE/SM Equipe	6 3	Porto Alegre	Paraná Rio Grde Sul Sta. Catarina	Curitiba Londrina Porto Alegre
<b>Total</b>		81		27	30

## 2.<sup>a</sup> etapa

### Curso teórico/prático

#### Duração:

72 horas (40 teóricas e 32 de supervisão)

9 encontros mensais de 8 horas (4 horas de aula teórica e 4 horas de discussão de caso/supervisão)

#### Objetivos

##### Gerais:

- oferecer atualização profissional;
- capacitar recursos humanos em saúde;
- oferecer oportunidade de vivência institucional que subsidie reflexões teóricas e motive o aprendizado;
- desenvolver competências interativas e relacionais;
- preparar o profissional para a implantação de programas de humanização e intervenção nos hospitais.

##### Específicos:

- capacitar os hospitais-piloto para tornarem-se **Centros de Referência de Humanização, o da Assistência Hospitalar**;
- capacitar os profissionais dos Centros Colaboradores e dos hospitais que desenvolvem programas de humanização da Saúde da Mulher para:
  - desenvolvimento de programas de humanização;
  - identificação, otimização e avaliação de programas já implantados;
  - adequação de programas de humanização à diretriz proposta pelo PNHAH;
- capacitar os profissionais indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma a torná-los Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar.

#### Público-Alvo:

Profissionais das 5 regiões (8 Grupos) que desenvolverão o trabalho de humanização nos hospitais participantes. Serão indicados dois profissionais por hospital do Programa Centro Colaborador, dois membros dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar dos hospitais-piloto e dois profissionais por hospital que desenvolve programas de humanização da Saúde da Mulher, um representante das Secretarias Municipais participantes e um das Secretarias Estaduais; perfazendo um número variável segundo a região.

#### Processo de Seleção:

Os profissionais serão indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e pelos hospitais participantes. Os critérios de escolha serão: experiência prévia no serviço hospitalar, perfil do profissional e compromisso com atividades de humanização.

#### Processo Formador:

Combinará abordagem teórica, introdução de novos conceitos e propostas técnicas de intervenção institucional com supervisão, análise e reflexão da vivência institucional dos participantes.

O processo se será desenvolvido em encontros mensais (8 horas de duração) que serão realizados nos Grupos de Multiplicação de Humanização Hospitalar, perfazendo um total de 72

horas, das quais 40 serão de trabalho teórico e 32 de supervisão. Essa distribuição visa a viabilizar o deslocamento do pessoal e o aproveitamento máximo do tempo dos encontros entre formadores e formandos. A modalidade pedagógica pressupõe, como ponto de partida, a valorização da experiência prática dos formandos, incorporando gradativamente conteúdos teóricos e finalmente retornando à reflexão da prática sob a nova ótica produzida. Tal método é considerado fundamental para atingir o objetivo de produzir mudanças interativas e relacionais nos profissionais em formação.

#### Conteúdos Teóricos Básicos:

Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), aspectos básicos da gestão hospitalar; principais conceitos da análise e intervenção institucional, práticas transdisciplinares (arranjos e dispositivos para sua produção), dinâmica dos grupos, sistemas de comunicação, etc.

A ênfase e a distribuição dos temas poderá variar de região em região, em função do perfil do grupo em formação, demandas da realidade institucional por eles vivenciada, etc. e será permanentemente reavaliada entre formadores e formandos.

#### Sistema de Avaliação:

A avaliação será personalizada, contemplando-se aspectos como a frequência às aulas e às supervisões, incorporação de conteúdos teóricos e transformação da postura profissional. A avaliação do processo de capacitação será realizada em conjunto com o Comitê Técnico de Humanização com a finalidade de subsidiar as mudanças necessárias para o aprimoramento dos programas futuros.

#### **Níveis de capacitação, para a 2.ª Fase do Programa**

O processo e metodologia de capacitação para a segunda fase do Programa serão desenvolvidos ao longo da implantação e avaliação dos resultados da primeira fase do Programa.



## **Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar**

### **Definição de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar**

- Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

### **Objetivos dos Grupos de Trabalho**

- No sentido geral, o objetivo dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar é conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.
- No sentido mais específico, os objetivos dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar poderiam ser assim definidos:
  - constituir-se como espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão sobre os projetos de humanização;
  - promover um fluxo de propostas e deliberações;
  - avaliar os projetos em desenvolvimento e a serem desenvolvidos nas instituições em relação aos critérios de humanização e à sua eficiência na promoção da humanização;
  - dar apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência, integração e ampliação;
  - trabalhar em colaboração com a gestão hospitalar;
  - conceber estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores (reconhecendo-se, ela própria, como um dos mais significativos instrumentos de integração existentes no hospital);
  - conceber formas de participação da comunidade, buscando os pontos de interseção com entidades da sociedade civil, com o poder público e outras instituições;
  - organizar a oferta de trabalho voluntário;
  - vincular-se à Rede Nacional de Humanização voltada para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;
  - estabelecer fluxo de propostas entre os setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade;
  - acompanhar a construção de indicadores, o processo de avaliação e divulgação dos resultados.

### **Planos de Intervenção**

O processo de intervenção dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar se expressa em quatro planos distintos:

- pedagógico – contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade;
- político – propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deverá manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos;
- subjetivo – sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o *como* e *para quê* se trabalha numa organização hospitalar;
- comunicativo – criando fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso no hospital.



## **Detalhamento das Etapas de Trabalho ã 2001/2002**

**Etapa 1 ã** maio de 2001 – Encontro com as Secretarias Estaduais e Encontro Conjunto das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de informar sobre o suporte oferecido pelo MS para a implantação do PNHAH e divisão de competências e responsabilidades de cada instância.

**Etapa 2 ã** junho de 2001 – Lançamento do PNHAH e de suas Portarias de regulamentação.

**Etapa 3 ã** junho/julho de 2001 – *Workshops* regionais com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para definição de profissionais que participarão do PNHAH, oferecimento de materiais de capacitação e discussão das estratégias de formação da Rede Nacional de Humanização Hospitalar, de Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar e de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

**Etapa 4 ã** julho de 2001 – Contato inicial com os hospitais para apresentação do PNHAH.

**Etapa 5 ã** julho/agosto de 2001 – Pesquisa de avaliação inicial (satisfação do usuário e do profissional) nos hospitais incluídos na primeira etapa do PNHAH – utilização dos indicadores de humanização.

**Etapa 6 ã** julho/2001 a dezembro/2002 – Implantação da Rede Nacional de Humanização. A implantação da Rede Nacional ocorrerá de forma progressiva de modo a integrar, gradualmente, instituições, experiências, informações e resultados de iniciativas humanizadoras.

- Constituição da Rede Nacional de Humanização:

- Comitê Técnico de Humanização;
- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (gestão plena de sistema);
- Hospitais participantes do PNHAH;
- Entidades da sociedade civil.

- Níveis da Rede:

Rede presencial

- Comitê Técnico de Humanização (seis consultores do MS responsáveis pela condução, coordenação e avaliação do PNHAH).
- Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar (Secretarias Estaduais articuladas às Secretarias Municipais com apoio de oito Equipes de Capacitadores do Ministério da Saúde e; esses grupos são responsáveis pela formação, treinamento e capacitação dos agentes que desenvolverão o processo de humanização junto aos Grupos de Trabalho nos hospitais).
- Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

Rede eletrônica

- Construção do *site*.
- Coordenação do *site*: Comitê Técnico de Humanização.
- Condução do *site*: um *Webmaster*.
- Multiplicadores eletrônicos: profissionais responsáveis pela alimentação das informações, das experiências, das conferências e dos debates.

- Os hospitais interessados em participar receberão, via *site*, informações para acesso aos dispositivos da rede eletrônica (Banco de Projetos, Mapa Nacional de Humanização, grupos de discussão, palestras, conferências e supervisão à distância) e a todo material disponível para capacitação audiovisual (pacotes e *workshops*).

#### Rede audiovisual

Pacotes de materiais de informação e capacitação:

- distribuídos pelos Grupos de Multiplicadores aos hospitais e secretarias participantes da rede presencial e distribuídos por meio de *workshops* às instituições que queiram receber informações para utilização do pacote e para participação na rede eletrônica;
- usados de acordo com metodologia construída pelos Grupos de Multiplicadores com apoio técnico das Equipes de Capacitação;
- *Workshops* regionais para instruções do uso do pacote.

A distribuição desses recursos terá como referência o reconhecimento de necessidades e de oportunidades levantadas na pesquisa de iniciativas de humanização já realizadas nos hospitais da rede SUS.

**Etapa 7** ã agosto a outubro/2001 – Levantamento das iniciativas de humanização já desenvolvidas nos hospitais da rede SUS. Este levantamento comporá o Mapa Nacional de Humanização.

**Etapa 8** ã julho/2001 – Primeira etapa do Curso de Capacitação (Encontros Regionais) com os profissionais indicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais com o objetivo de capacitação para o desenvolvimento e acompanhamento, junto às Equipes de Capacitação do MS, da 1.<sup>a</sup> fase do trabalho de humanização a ser implementado nos hospitais.

**Etapa 9** ã agosto/2001 a abril/2002 – Segunda etapa do Curso de capacitação regional (curso teórico-prático) dos profissionais representantes das Secretarias e dos profissionais que desenvolverão o trabalho de humanização nos hospitais participantes (Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar).

**Etapa 10** ã julho/2001 a abril/2002 – Capacitação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar constituídos nos 10 hospitais-piloto para formação de Centros de Referência de Humanização da Assistência Hospitalar e constituição da Rede Nacional de Humanização.

**Etapa 11** ã julho/2001 a abril/2002 – Construção de metodologia de multiplicação do trabalho de humanização e de capacitação de outros hospitais.

**Etapa 12** ã julho/2001 a abril/2002 – Implantação do Programa: criação, nos hospitais participantes da 1.<sup>a</sup> fase do Programa, de Grupos de Trabalho de Humanização para elaboração, implantação e avaliação de programas de humanização específicos à realidade dos hospitais. No término desta 1.<sup>a</sup> fase pretende-se que esses hospitais estejam capacitados como Centros de Referência de Humanização da Assistência Hospitalar.

**Etapa 13** ã julho/2001 a abril/2002 – Acompanhamento e avaliação do processo desenvolvido nos hospitais durante a 1.<sup>a</sup> fase do Programa por meio dos Grupos de Multiplicadores (SES, SMS e Equipes de Capacitação do MS).

**Etapa 14** ã março e abril/2002 – Pesquisa de avaliação final (satisfação do usuário e do profissional) nos hospitais incluídos na primeira etapa do PNHAH – utilização dos indicadores de humanização.

**Etapa 15** ã abril/2002 – Prêmio “Hospital Humanizado”.

**Etapa 16** ã abril/2002 – Planejamento da estratégia de multiplicação dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar para a 2.<sup>a</sup> fase do Programa. Este planejamento terá como referência os resultados alcançados na 1.<sup>a</sup> fase.

Preende-se, ao final da 1.<sup>a</sup> fase do Programa:

- contar com hospitais desenvolvendo trabalhos de humanização hospitalar (formação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar) e capacitados como Centros de Referência de Humanização Hospitalar;
- refinar a metodologia de formação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar e a metodologia de capacitação de hospitais como Centros de Referência;
- aprimorar o sistema de multiplicação de serviços humanizados.

**Etapa 17** ã maio a novembro/2002 – Nesta 2.<sup>a</sup> fase do Programa será feita a implantação da metodologia (aprimorada na 1.<sup>a</sup> fase) de multiplicação do trabalho de humanização em outros hospitais.

O apoio técnico das Equipes de Capacitação do Ministério da Saúde, oferecido na 1.<sup>a</sup> fase do Programa aos Grupos de Multiplicadores, será adaptado às necessidades dessa nova metodologia de multiplicação. Tal adaptação permitirá às Equipes o acompanhamento e avaliação da implantação do processo de capacitação dos novos hospitais integrantes da segunda fase do Programa.

**Etapa 18** ã maio a novembro/2002 – Capacitação de novos hospitais por meio da:

- Rede presencial de humanização: (um dos critérios para inclusão na 2.<sup>a</sup> fase será hospitais já inscritos na rede virtual).
- Rede eletrônica de humanização (serão incluídos novos hospitais por meio da rede eletrônica de humanização).

Hospitais interessados em fazer parte da rede eletrônica de humanização receberão informações, via *site*, sobre formas possíveis de participação:

- na Rede Nacional de Humanização Hospitalar;
  - no Banco de projetos e experiências de humanização;
  - no Mapa Nacional de Programas de Humanização Hospitalar;
  - nos grupos de discussão sobre implantação, desenvolvimento e avaliação de projetos;
  - nas palestras, conferências e supervisão a distância.
- Rede audiovisual de humanização.

Hospitais interessados em fazer parte da rede audiovisual de humanização receberão informações sobre formas possíveis de participação:

- na rede eletrônica de humanização;
- no recebimento dos pacotes de capacitação (manual, vídeos, cartilhas, publicações);
- nos *workshops* regionais de apresentação dos pacotes de capacitação.

**Etapa 19** ã novembro/2002 – Congresso Nacional de Humanização.

Visa a difusão da cultura de humanização e a coletivização de experiências.

**Etapa 20** ã dezembro/2002 – Avaliação final do PNHAH.

**ObservaÁ,o ã** Existe a previsão da realização de um curso de especialização na área de humanização hospitalar (janeiro/2002 a dezembro/2002). A metodologia deste curso poderá ser reproduzida em outras instituições por meio da distribuição de material pedagógico.

## ANEXO I

### **Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar**

#### **Introdução**

O presente documento pretende trazer uma visão global do que foi a experiência do Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar realizada em dez hospitais da rede pública de saúde, na qual se buscou iniciar um processo de humanização e colher subsídios que favorecessem a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

**Essa iniciativa representou a um sítio, uma abertura histórica nas políticas públicas de saúde e uma forma de engajamento corajoso.**

Abertura histórica porque ofereceu a quantos se interessam pela saúde pública no Brasil a oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais. Engajamento corajoso porque, ao pretender mudar a cultura vigente, permitiu que um projeto desse porte fosse plantar no coração das instituições uma cultura de mudanças.

**A promoção de saúde, em ato, comporta uma dimensão ética e subjetiva. Este foi o foco do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar.**

Em lugar da lógica de se obter resultados imediatos por decreto governamental, apostou-se num processo efetivo e permanente de transformação.

**Mudança no modo de ser e fazer das organizações de saúde. Mudança e transformação, para o bem comum de profissionais de saúde e seus usuários.**

Produziu-se, no correr de cinco meses de trabalho, um extenso material para reflexão e análise.

- **Este relatório compõe-se das seguintes partes**

1. Encontro de capacitação, encontro dos Hospitais-Piloto e encontro de avaliação; 2. Análise do percurso evolutivo das intervenções nos hospitais; 3. Avaliação crítica das organizações hospitalares sob a perspectiva da humanização; 4. Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar; 5. Formação de rede entre as instituições hospitalares voltadas para a humanização dos serviços.

## **Encontro de capacitação, encontro dos hospitais-piloto e encontro de avaliação**

- **Encontro de capacitação**

A equipe de profissionais que implantou o Projeto-Piloto reuniu-se em São Paulo juntamente com o Comitê Técnico de Humanização, em junho de 2000, para um encontro de capacitação específica em torno dos objetivos do programa.

Produziu-se, nesta oportunidade, uma intensa e rica reflexão sobre os diversos temas concernentes ao Programa: diretrizes gerais; conceito de humanização; aspectos estratégicos, logísticos e táticos da intervenção a ser iniciada nos hospitais.

- **Encontro dos hospitais-piloto**

Realizou-se em São Paulo, em 20 de outubro, o encontro dos hospitais participantes do Projeto-Piloto de Humanização.

Sob a coordenação do Comitê Técnico, contou com a presença dos supervisores das respectivas equipes que compõem o Projeto-Piloto e com uma delegação de representantes das diretorias e membros dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

Os objetivos deste encontro foram:

- promover uma troca de experiências, em si mesma enriquecedora;
- comparar os diversos itinerários que cada coletividade vinha percorrendo em direção aos propósitos finais do projeto; reafirmar as diretrizes e o eixo norteador do Programa Nacional de Humanização;
- dar início à constituição de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições.

- **Encontro de avaliação**

Próximo ao término das atividades do Projeto-Piloto, as equipes intervenientes voltaram a encontrar-se em São Paulo, em novembro de 2000, para uma reunião final de avaliação dos trabalhos.

Partindo-se do registro singular de cada experiência, o objetivo maior foi o de construir consensos em torno de questões mais prementes e significativas: a necessidade de mecanismos de sustentação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar e a perspectiva de ampliação do Programa.



## **Análise do percurso evolutivo das intervenções nos hospitais**

Iniciando-se a intervenção nos hospitais as equipes, compostas por um supervisor e dois multiplicadores, puderam conduzir o processo segundo variadas estratégias. Em cada uma delas, um instrumental próprio, rigorosamente singular e adaptado às peculiaridades de cada organização.

### **A diversidade proporciona um rico campo para a análise das diferenças, verossimilhanças e modos dinâmicos do ser e do fazer institucional.**

Obteve-se um estoque formidável de experiências, conhecimento objetivo e soluções criativas, de grande valia para as etapas subsequentes do Programa.

O processo de intervenção institucional consistia em etapas sucessivas assim definidas:

- a. sensibilização das diversas instâncias de profissionais de saúde para o tema da humanização do atendimento, iniciando-se pelas cúpulas diretivas, seguindo-se as chefias técnicas, grupos por setor e categorias profissionais;
- b. reconhecimento das mais expressivas lideranças entre os profissionais dispostos a trabalhar, espontaneamente, em prol da humanização;
- c. constituição de um grupo estável de profissionais, de natureza polisetorial, igualitária e democrática para a formação de um Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, cuja atuação seria contínua e permanente a partir de sua fundação. A este Grupo de Trabalho caberiam todas as responsabilidades de conduzir o processo, ao término do Projeto-Piloto.

A etapa inicial de apresentação e sensibilização dos coletivos de profissionais requereu uma série de visitas e reuniões sucessivas com as diversas instâncias de profissionais, em diferentes setores do hospital.

As estratégias incluíram o debate em reuniões públicas; a realização de assembléia geral; a divulgação do Programa por meio de alto-falantes, murais e impressos diversos; distribuição de questionários, visando a estimular a participação e a opinião dos profissionais.

Verificou-se a clara viabilidade de provocar o debate sobre o tema humanização nos hospitais, não obstante a crônica e notória carência de recursos materiais, partindo-se, sobretudo dos recursos humanos existentes.

Algumas lideranças apresentaram-se espontaneamente para a formação do grupo de trabalho, outras foram indicadas pelos núcleos setoriais ou pela própria direção geral do hospital.

Esses conjuntos reuniram representantes de diversos setores do hospital e também diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, funcionários administrativos, recepção e pessoal de apoio.

Constituído o grupo-base, iniciou-se a metodologia de conscientização intensiva, num grau maior de refinamento e capacitação específica desses agentes, com o objetivo de instaurar Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar.

As equipes intervenientes coordenaram as reuniões com técnicas grupais, esquizodramáticas, ao mesmo tempo em que estimulavam a autocoordenação, a fim de que os

protagonistas pudessem criar uma “cultura de grupalidade”, pouco desenvolvidas nas organizações.

**As equipes procuraram infundir aos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar um espírito democrático e participativo.**

Fez-se necessário auxiliá-las em tarefas concretas, tais como, elaborar um regimento interno, confeccionar livro de atas, montar cronograma de reuniões e atividades.

Os debates foram extremamente profícuos em torno das propostas do Programa: respeito à dignidade humana, crítica positiva do modelo de assistência, formas de gestão mais participativa, redefinição de prioridades e mudança gradual na cultura vigente nos hospitais.

**A busca de novos valores para a vida institucional passa pela democratização dos modelos de gestão, destes coletivos e plena vigência dos direitos humanos, tanto dos profissionais quanto dos usuários.**

Acompanhadas pelas equipes de intervenção, os Grupos de Trabalho foram gradativamente ganhando autonomia, apurando sua visão sobre os pontos críticos a serem priorizados.

Empreendeu-se uma pesquisa aprofundada sobre as iniciativas de cunho humanizador já em curso nos hospitais. Assim, surgiu um grande número de projetos setorializados, que funcionavam isolada ou precariamente, sejam voltados para a qualidade, redução de estresse, melhoria das condições de assistência, apoio ao usuário, etc.

Dentre as atribuições do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, estará a de encontrar caminhos eficazes para recuperar, articular e potencializar essas iniciativas, num trabalho delicado e lento de superação das barreiras institucionais, de política e gestão.

No momento em que se encerram as atividades do Projeto-Piloto, pode-se dizer que os Grupos de Trabalho dispunham de relativa estabilidade, autonomia e capacidade operacional para levar adiante o processo recém-iniciado, elaborando um plano de ações concretas de humanização desde as, imediatas e simples às mais complexas.

## **Avaliação crítica das organizações hospitalares sob a ótica da humanização**

É por demais conhecida de todos os que militam na área da saúde a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Complexidade esta que deriva não apenas dos desafios impostos pela organização do trabalho em si, da necessidade de harmonizar o processo com o produto final almejado (promoção de saúde e bem-estar), mas também das exigências da condução desse processo, que significa coordenar as ações específicas de cada parte envolvida no trabalho, dando a cada uma delas um sentido geral.

Mesmo reconhecendo os avanços alcançados nos últimos anos que advêm das novas políticas públicas que visam a reestruturar o sistema de saúde como um todo (aprimoramento gerencial, aumento da eficácia e eficiência dos serviços, aporte tecnológico, racionalização dos recursos, etc.) havia, no entanto, um pressuposto básico essencial a ser considerado: os profissionais de saúde têm como principal objeto de seu trabalho a vida e o sofrimento dos indivíduos da coletividade.

**No espaço de interseção entre trabalhador de saúde e usuário ergue-se toda a cadeia de significados sociais que se funda na razão de ser dos hospitais.**

Sem zelar pela qualidade desse espaço intercessor (profissional-usuário), sem edificar uma ética para as relações de acolhimento e vínculo, promovendo o respeito à dignidade humana, valerá menos corrigirmos os desequilíbrios estruturais e financeiros que ainda afetam o sistema hospitalar público.

**Há, portanto, um significado latente no Programa de Humanização: agregar aos pressupostos de eficiência técnica e racionalidade administrativa, os princípios e valores de uma vivência institucional mais solidária entre profissionais e usuários.**

A noção de qualidade em saúde precisa transcender o senso comum de adequação técnica dos agentes sobre o objeto de prática (o paciente), para considerar que este ato é também um ato moral. Uma ação técnica se realiza na dependência de uma relação intersubjetiva que repercute intensamente em todos que dela participam.

Para que se avance nessa direção, faz-se necessária uma análise, ainda que provisória, da dinâmica institucional e dos diversos aspectos da micropolítica do processo de trabalho nos hospitais. O que, em verdade, dificulta uma assistência humanizada? Se é preciso humanizar, que caminhos poderíamos trilhar?

Os comentários que se seguem são uma tentativa inicial de apontar questões relevantes, com respeito ao desafio de pensar as possibilidades de melhoria efetiva e ações concretas de humanização.

- **O impacto do modelo de gestão hospitalar sobre o processo de humanização**

Um aspecto crucial para a humanização do atendimento, entendida como processo, diz respeito aos mecanismos de gestão dos hospitais. Há muito se sabe que a gestão hospitalar pública necessita de novos caminhos e vários esforços têm sido envidados nesse sentido.

Dentre os diferentes matizes de gestão, variáveis de hospital para hospital, encontra-se, muitas vezes, uma tendência à verticalização excessiva, que denota uma racionalidade gerencial burocrática e formalista.

Com nuances consideráveis, encontra-se, num desenho esquemático das organizações hospitalares, uma tendência para que os setores funcionem isoladamente entre si, como grupos ou subgrupos, constituindo seu próprio universo de interesses e objetivos particulares, sem relação com o todo organizacional. Quando essa tendência se cristaliza, cria-se uma realidade bastante difícil para a vida dos coletivos.

**O processo de humanização traz em seu espírito um questionamento desse modelo, uma vez que faz apelo à reflexão dos coletivos sobre o sentido de suas práticas e um convite à participação, à democratização e à solidariedade.**

A humanização guarda íntima relação com a mudança dos paradigmas de gestão dos coletivos hospitalares. Democratizar as relações no trabalho pressupõe a existência de espaços públicos que facultem e estimulem a livre expressão, o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; pressupõe que os profissionais participem, em alguma medida, na tomada de decisões, na definição de tarefas e na construção de projetos que lhes digam respeito.

- **As iniciativas humanizadoras já existentes no hospital: o que significam?**

As equipes de intervenção puderam constatar que os hospitais possuem um elenco rico e variado de iniciativas de cunho humanizador com diferentes graus de força e efetividade.

Em geral, trata-se de iniciativas setoriais, nascidas das preocupações inerentes a um grupo ou subgrupo de especialidades. Algumas são bastante criativas e contam com maior ou menor apoio das diretorias constituídas. A maioria delas incide em duas áreas específicas do atendimento: saúde da mulher e pediatria.

Uma característica marcante é que essas iniciativas não são adequadamente conhecidas do restante do hospital, configurando uma situação de isolamento e baixa ressonância junto aos demais setores. Isso, restringe o alcance das ações e dificulta sua consolidação como política verdadeiramente institucionalizada.

**A sustentação dos projetos de humanização já existentes deve ser analisada não apenas sob o prisma da vida interna das instituições, em sua dinâmica própria, mas também num contexto mais amplo: o das políticas públicas que lhes garantam apoio e legitimidade.**

- **Falta de comunicação e integração entre profissionais dos hospitais**

A questão dos múltiplos projetos humanizadores, dispersos e isolados, evidenciam outro problema das organizações hospitalares: a escassez dos mecanismos de comunicação/integração em todos os seus níveis.

Mas não se trata aqui da comunicação como mero fluxo de informes operacionais, de comandos que alimentam a rotina gerencial da organização. Essa comunicação instrumental, por assim dizer, funciona razoavelmente bem.

A comunicação deficitária diz respeito ao mundo vivido pelos profissionais em seu dia-a-dia e aos acontecimentos que poderiam interessá-los, que poderiam motivá-los, enquanto sujeitos e agentes de sua prática. Não há comunicação eficaz no sentido de instituir um campo simbólico de trocas que possibilitem uma interpretação das situações vividas na assistência.

A implantação do Projeto-Piloto mostra que os eventos que, de algum modo, conclamam os profissionais a pensar sobre sua própria condição ou sobre a vida coletiva no hospital não se propagam com a mesma desenvoltura.

**O processo de humanização deve cuidar da montagem de espaços comunicativos, que permitam a circulação de temas de interesse para os coletivos dos hospitais favorecendo o laço social e a troca das experiências significativas de cada um no mundo vivido do trabalho.**

- **Desafios no processo de humanização**

É inegável que o Projeto-Piloto teve uma acolhida favorável nas organizações hospitalares. Se, por um lado, é verdade que a proposta de humanização confronta em certos aspectos a mentalidade dominante, mais preocupada com as questões que dizem respeito à eficiência técnica e à manutenção de seus padrões rotineiros; por outro lado, o tema da humanização repercutiu fortemente em determinados setores, sobretudo aqueles que possuem uma ação crítica aos modelos convencionais de gestão.

Essas forças viram na iniciativa do Ministério da Saúde um sopro revitalizador, mais que isso, uma possibilidade real de mudança das instituições.

O Projeto-Piloto, no desenvolvimento de suas ações, depende, fundamentalmente, de uma participação ativa da classe médica. No entanto, essa participação ocorreu desigual nos diferentes hospitais e nem sempre se alcançou um grau satisfatório de engajamento desses profissionais.

É importante considerar que a prática médica constitui um campo de trabalho com características muito peculiares, uma vez que sua ação técnica é concebida, sobretudo, como aplicação direta de um saber científico, constituído de um acervo de habilidades previamente construídas, cuja legitimação vem de fora da própria instituição hospitalar (de entidades corporativas, classistas, científicas etc).

Como forma de enfrentar esse problema, o Projeto-Piloto procurou sempre trilhar caminhos criativos para promover a conciliação e o engajamento. Uma estratégia que obteve êxito foi a de convidar as mais expressivas lideranças médicas da organização a definir o que consideravam um “trabalho humanizado” em saúde, a partir de suas próprias necessidades, como concebiam um Projeto Humanizador e de que forma gostariam de vê-lo implementado.

As equipes do Projeto-Piloto identificaram um outro fator que gera dificuldades para a assimilação de suas propostas: um certo ceticismo dos profissionais quanto ao real comprometimento do poder público, já que outras iniciativas e campanhas desse tipo foram abandonadas pelo caminho antes de se chegar a algum resultado. Há uma percepção difusa de que os programas oficiais, embora meritórios, não têm continuidade.

**Existe a necessidade de clara demonstração do interesse e do empenho do Ministério da Saúde, bem como das demais instituições do setor público, em garantir todo o apoio ao processo de humanização.**

Entende-se por apoio do Ministério, a confirmação das diretrizes do Programa em âmbito nacional; o provimento de recursos materiais e logísticos e a elaboração de um conjunto de medidas que dêem amparo legal e institucional aos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar. Esse apoio, demonstrado na proposição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, constitui, seguramente, a mais importante aliança com que contam as forças humanizadoras para prosseguir.

### **Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar**

- **Definição**

Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

- **Constituição**

O trabalho das equipes técnicas do Projeto-Piloto de Humanização convergiu para a formação de um grupo estável de lideranças expressivas, altamente comprometidas com os princípios da humanização e representativo do coletivo de profissionais.

Este grupo deu origem ao que denominamos “Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar”, hoje presente em cada um dos hospitais do Projeto-Piloto.

**O Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar representa um dispositivo de grande relevância, legado do processo de intervenção institucional nesses hospitais. Por intermédio deste dispositivo, outorga-se a própria organização hospitalar a condição de protagonista do processo interno de humanização que se pretende seja progressivo e permanente.**

A constituição deste grupo-base, bem como sua ulterior capacitação específica, exigiu das equipes intervenientes um delicado trabalho de análise e condução assistida, visando dotar este conjunto de um “espírito de grupo”, que é bastante frágil nas organizações.

Pode se afirmar que os grupos que se constituíram são bastante representativos do coletivo de profissionais, embora não fosse o objetivo produzir uma síntese dos extratos e territórios formais da organização.

Fazem parte dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar: lideranças indicadas pelas direções, pelas próprias chefias ou encarregados técnico-administrativos que dela participam; lideranças dos diversos departamentos técnicos e setores; médicos, enfermeiros e pessoal de apoio. Tal composição denota capacidade de aglutinar lideranças com qualificações muito distintas, entrelaçando diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos diversos.

Essa interpenetração ou entrelaçamento de forças e talentos que pouco interagiam, rompe com a lógica vertical hierárquica e com a horizontalidade dos grupos que se relacionam apenas entre si. Por essas características o Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar difere

claramente dos seus similares oficiais (as Comissões existentes na estrutura organizacional) cuja gênese é radicalmente outra.

O processo de criação dos Grupos de Trabalho transcorreu de diversos modos nos dez hospitais do Projeto-Piloto, revelando a influência de fatores locais e dinâmicas singulares. Refletiu a permeabilidade dos coletivos à proposta de humanização; o compromisso real dos gestores com o processo; por vezes, o viés autoritário ou paternalista dos gestores da organização.

- **Atitudes**

No sentido geral, o papel dos Grupos de Trabalho é conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à Saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.

No sentido mais específico, as atribuições do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar poderiam ser assim definidas:

- a. constituir-se como espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão;
- b. promover um fluxo de propostas e deliberações;
- c. dar apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência e ampliação;
- d. conceber estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores (reconhecendo-se, ela própria, como um dos mais significativos instrumentos de integração existentes no hospital);
- e. conceber formas de participação da comunidade, buscando os pontos de intersecção com entidades da sociedade civil, com o poder público, e outras instituições;
- f. vincular-se a uma rede interinstitucional voltada para o Programa de Humanização.

- **Consolidação institucional e autonomia**

**Para que os Grupos de Trabalho estejam aptos a enfrentar estes desafios, ser necessário dotá-los de variados instrumentos de consolidação institucional e de autonomia para realizar suas tarefas.**

Do encontro de ambas as condições, consolidação institucional e autonomia, dependerá a força para implementar as mudanças que se fizerem necessárias.

Os instrumentos de consolidação institucional incluem um conjunto de medidas da alçada do Ministério da Saúde, que possam dar tanto ao Programa de Humanização quanto aos Grupos de Trabalho um amparo jurídico-formal, através da edição de portarias e demais atos regulatórios.

Além disso, os Grupos de Trabalho estarão referenciados à Rede Nacional de Humanização, que em muito contribuirá para o fortalecimento de seu trabalho.

A autonomia é um requisito fundamental para o bom funcionamento dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar.

Autonomia, conceitualmente falando, pressupõe a existência de um agente racional, consciente, livre, responsável e capaz de se autodeterminar para a sua ação.

## **Formação de Rede entre as Instituições Hospitalares voltadas para a Humanização dos serviços**

A construção de uma rede entre as instituições públicas de saúde, estabelecida por meio de seus respectivos Grupos de Trabalho, representa uma medida fundamental para a consolidação do processo de humanização nos hospitais.

**Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar necessitam de referências externas e organização da qual fazem parte, para assim poderem dar testemunho de seu trabalho e receber a contrapartida de estímulo e reconhecimento.**

Uma dessas referências será a Rede Nacional de Humanização.

- A ligação em rede daria aos participantes (os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar) a oportunidade de compartilhar objetivos comuns ou complementares, ressaltando-se a liberdade de cada um empreender suas próprias ações, conforme as necessidades locais; criaria um fluxo de informações úteis à melhoria dos serviços; favoreceria o apoio recíproco, a distribuição de responsabilidades, o surgimento de novas lideranças e a capacidade inventiva dos Grupos de Trabalho. Mas não se trata, em absoluto, de estimular uma homogeneização dos processos em âmbito nacional.
- O Projeto-Piloto, em seu desenvolvimento, caracterizou-se pela grande flexibilidade de sua metodologia face às características de cada hospital participante.
- Consideramos que os resultados obtidos confirmaram o acerto desta escolha: os grupos adquiriram um estilo próprio de trabalho, adaptando-se ao contexto institucional, respeitadas as diretrizes básicas do Programa de Humanização.



## ANEXO II

### **Modelo aplicado no Projeto-Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar**

### **Humanização do trabalho dos profissionais de saúde Humanização do atendimento ao usuário**

#### **Apresentação**

O Projeto-Piloto de Humanização foi proposto pelo Comitê Técnico de Humanização da Assistência Hospitalar em resposta à solicitação do Senhor Ministro José Serra, diante do reconhecimento da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado nos Hospitais Públicos que integram o Sistema Único de Saúde. Seus objetivos foram criar subsídios à implantação de um programa permanente de humanização dos serviços hospitalares e ser uma oportunidade de obtenção de subsídios para a elaboração de um programa nacional de humanização dos serviços de saúde nos hospitais públicos do Brasil.

#### **Quadro de Referência e Justificativa**

É inegável que os serviços na área da saúde têm alcançado um enorme avanço científico e tecnológico, assim como um grau de desenvolvimento de conhecimento invejável para qualquer ciência que pretenda cuidar do ser humano. Exemplos desse avanço são os sofisticados aparelhos de diagnóstico, as técnicas cirúrgicas cada vez mais avançadas, a multiplicidade de medicamentos e o desenvolvimento de ações de medicina preventiva.

**A evolução do conhecimento técnico-científico não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde.**

O planejamento em saúde, na maioria das vezes, desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença e as formas de intervenção para seu atendimento são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas. De modo geral, a avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção do seguinte fato: a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como grau de

profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia. De fato, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes, condição que favorece o erro médico.

### **Qualidade em sa' de È composta de: competência tÈcnica + competência para interagir**

A noção de qualidade do trabalho em saúde compõe-se tanto da competência técnica quanto da competência para interagir, isto é, para se relacionar. A experiência mostra que um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido, ou pelo menos bastante minimizado, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo.

### **Resgatar a dimens,,o subjetiva da intervenÁ,o em sa' de**

Vários aspectos estão envolvidos nesta situação. Alguns deles são mais facilmente reconhecidos, outros possuem natureza bastante complexa e precisam ser mais observados e sistematizados. Entre eles, estão questões ligadas a uma ampla gama de necessidades, tais como: contratação de profissionais em número suficiente para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços e recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais, com reestruturação do currículo das faculdades da área de saúde; capacitação permanente dos profissionais e melhoria de condições de trabalho; melhoria da imagem do serviço público de saúde, não só junto aos usuários, mas também aos próprios profissionais de saúde (que pode interferir diretamente na forma de demanda dos usuários e na qualidade do atendimento dos profissionais); melhoria do relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, independentemente da dimensão subjetiva intrínseca a qualquer contato humano, portanto, presente em toda prestação de serviço em saúde.

A unidade de saúde, como instituição prestadora de serviços à comunidade, tem como objetivo oferecer um atendimento de qualidade à população. Para que isso aconteça é necessário pensar em um conjunto de ações capaz de atender três dimensões: a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde, e o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.

### **O profissional que se sente respeitado pela instituiÁ,o ‡ qual pertence est mais apto a atender com eficiÈncia**

Embora, em grande parte, a humanização do serviço em saúde seja um trabalho de natureza subjetiva, personalizada e, portanto, com uma complexidade própria, integra produtos tangíveis e facilmente reconhecíveis por meio da utilização de técnicas simples e viáveis. Trata-se de um trabalho que, sempre considerando as três dimensões, tem como diretriz central o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a dotá-los com condições adequadas para o atendimento ao usuário. O indivíduo bem capacitado, respeitado como profissional e como pessoa pela instituição a que pertence, com espaço para ser ouvido em suas dúvidas, angústias e necessidades, e com recursos adequados às exigências de seu trabalho, está mais apto a atender com eficiência e qualidade.

Diante desse quadro, e especialmente das urgentes necessidades de melhoria na qualidade do atendimento à saúde e de recuperação da credibilidade do serviço público de saúde, propomos, inicialmente, um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Neste Programa, entendemos o serviço de saúde sob dois ângulos interdependentes: **humanização do atendimento ao público (cuidar do usuário) e humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida).**

**O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pretende investigar os meios para o fortalecimento de uma nova cultura de atendimento à saúde por meio de uma política de resgate do respeito e valorização da vida humana.**

O conjunto de iniciativas será proposto com base nessa dupla direção, pressupondo que a sustentação do Programa dependerá fundamentalmente do desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento público à saúde por parte das instituições de saúde e da comunidade. Espera-se que essa nova cultura resgate a responsabilidade da comunidade pela qualidade do atendimento à saúde, assim como fortaleça, em cada instituição de saúde, uma política de respeito e valorização da vida humana.

## O que significa humanizar?

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber.

**Humanizar é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.**

A complexidade de sua definição decorre da sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades.

Tendo em vista as instituições de saúde caracterizarem-se por um trabalho de natureza relacional, integrando aspectos subjetivos de quem cuida e de quem é cuidado, aprimorá-lo requer a consideração dos aspectos que definem e compõem a idéia de humanização.

A razão de existência de um hospital é cuidar da saúde da comunidade. Esse cuidar acontece sempre dentro de um campo de relações em que nem tudo pode ser codificável e previsível, nem tudo pode ser respondido com técnicas objetivas e passíveis de se repetirem todo o tempo, da mesma forma. Está-se, portanto, em um campo em que estão presentes modos singulares de existência, requerendo, assim, uma atenção especial às formas de execução de qualquer trabalho.

A utilização competente e eficaz das técnicas empregadas no atendimento à saúde deve estar associada a uma forma de atendimento que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional. Esta disposição para consideração e respeito da singularidade exige sempre algum grau de adaptação e mudança; em contrapartida, abre espaço para a criatividade tão fundamental no atendimento humanizado.

**Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde.**

Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

O ponto chave do trabalho de humanização está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. É necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais.

## **O profissional de saúde deve valorizar os sentimentos despertados na sua prática diária e incorporá-los como instrumentos valiosos no atendimento à saúde.**

No processo de habilitação dos profissionais de saúde, devemos considerar a fragilização física e emocional provocada pela doença e as suas conseqüências na relação entre o profissional e o usuário. Sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, erotismo, compaixão, etc. são inevitáveis em qualquer contato humano. Estarão, portanto, presentes nas relações nos serviços de saúde. Para que haja profissionalismo e bom atendimento, esses aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades do usuário e dos profissionais. Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde. Da mesma forma, considerar os aspectos de condições de vida, de condições de trabalho, de relações familiares, culturais e sociais, pode contribuir para o cuidado do usuário e o restabelecimento do seu bem-estar.

## **As dimensões subjetivas dos profissionais de saúde devem ser consideradas em todo processo de humanização.**

Quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, a necessidade de incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário – psíquicas, familiares, culturais e sociais – já é razoavelmente reconhecida e discutida pelo meio médico. Cumpre chamar a atenção para a necessidade de uma segunda inclusão, menos observada mas tão importante quanto a primeira, a das dimensões idênticas da subjetividade que cercam o profissional de saúde. Do ponto de vista do profissional, considerar essas dimensões permite oferecer a ele melhores condições de enfrentar o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e as dificuldades na realização de seu trabalho. O respeito aos aspectos subjetivos que existem na atividade do profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas carências e às do usuário.

A influência subjetiva mútua que existe na relação entre o profissional e o usuário não deve ser negada nem subestimada. Ao contrário, humanizar significa considerá-la um eficiente instrumento de compreensão e manutenção da saúde do usuário e do profissional diante das exigências de seu trabalho. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde do usuário e do profissional. No entanto, para que esta medida se torne, de fato, um dispositivo de recuperação e manutenção da saúde, não bastam abertura, intuição e boa vontade. É preciso incluí-la, sistematicamente, na prática profissional, com critérios e métodos a serem permanentemente avaliados.

## **O serviço de saúde ser tanto mais eficaz e consistente quanto mais articular o conhecimento teórico e técnico da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação entre o profissional e o usuário.**

A humanização da assistência à saúde em hospitais envolve necessariamente o trabalho conjunto de diferentes profissionais em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção do hospital). O trabalho em equipe transdisciplinar pode contemplar uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos existentes no atendimento à saúde, de um modo que seria impossível alcançar apenas com o recurso da visão focal do especialista.

A humanização dos serviços de saúde envolve, ainda, três outros aspectos fundamentais: 1) a capacitação permanente dos profissionais de saúde e a criação de condições para que participe efetivamente na identificação das melhorias que considerem necessárias às suas condições de trabalho; 2) a criação de condições para que o usuário participe na avaliação da qualidade dos serviços que lhe são oferecidos; 3) o empenho da comunidade organizada e sua efetiva participação como parceira dos agentes públicos de saúde, em ações de apoio e acompanhamento dos serviços.

Tudo isto deve contribuir para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito à vida humana e de valorização desta no atendimento público à saúde.

## **Objetivos**

- Realizar uma experiência de trabalho de humanização em dez hospitais da rede pública.
- Oferecer subsídios que favoreçam a disseminação da experiência-piloto à rede de hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

## **Público-alvo**

- Dez hospitais escolhidos para o desenvolvimento do projeto-piloto.  
Hospital Geral César Cals – CE  
Hospital Getúlio Vargas – PE  
Hospital João XXIII – MG  
Hospital Geral do Bonsucesso – RJ  
Hospital Mário Gatti – SP  
Hospital Santa Marcelina – SP  
Hospital Ipiranga – SP  
Hospital Leonor Mendes de Barros – SP  
Hospital do Mandaqui – SP  
Hospital Nossa Senhora da Conceição – RS
- Equipes dos hospitais, incluindo os profissionais de primeiro contato, que atuam nas áreas de segurança, recepção, marcação de consultas, de atendimento em consulta médica, atendimentos ambulatorial e de internação, atendimentos de rotina e de urgência, procedimentos clínicos e cirúrgicos, atendimento em enfermagem, exames laboratoriais, distribuição de medicamentos e encaminhamento e as áreas de direção e administração desses hospitais.

## **Equipe de Trabalho**

- Multiplicadores (20):  
coordenação do trabalho nos hospitais;  
levantamento de informações;  
sugestão de estratégias;  
acompanhamento da implantação das ações e da capacitação dos profissionais;  
avaliação.
- Supervisores (7):  
coordenação e supervisão do trabalho dos multiplicadores;  
levantamento de estratégias de ação de multiplicadores e da equipe hospitalar;

análise das informações coletadas no hospital;  
produção de relatórios das atividades (diagnóstico e encaminhamento);  
avaliação permanente dos trabalhos.

- Comitê (6):  
elaboração do Projeto-Piloto;  
reflexão e reformulação ao longo do desenvolvimento do trabalho;  
novas propostas e estratégias;  
avaliação permanente;  
súmula dos relatórios apresentados pelos supervisores.
- Coordenação:  
acompanhamento geral do projeto;  
sistematização das avaliações e propostas;  
relatório Final.

## **Metodologia**

Estão previstas as seguintes etapas do Projeto-Piloto de Humanização: 1) sensibilização; 2) criação do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar; 3) elaboração do Plano de Ação; 4) implantação ampla do Programa; 5) avaliação da implantação do Programa.

### **Etapa I – Sensibilização**

Esta etapa será realizada por meio de uma ação conjunta da alta administração de cada hospital e de dois profissionais previamente treinados para capacitação de atendimento humano na saúde. Essa parceria tem como objetivo alcançar um real empenho dos dirigentes do hospital e, com isso, garantir o comprometimento deste na implantação e manutenção permanente do Programa.

#### **Objetivos:**

- sensibilizar a alta administração dos hospitais para implantar um programa permanente de humanização do atendimento à saúde do usuário e do trabalho dos profissionais de saúde;
- sensibilizar o profissional de saúde para uma política de atendimento e trabalho humano e ético.

### **Apresentação do Programa de Humanização**

Apresentação das linhas gerais do Programa de Humanização: justificativa, objetivos, natureza do trabalho a ser desenvolvido, diretrizes metodológicas e aspectos legais.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com a alta direção do hospital, reuniões dos multiplicadores com os supervisores, e dos supervisores com o Comitê Técnico, para apresentação do projeto e reconhecimento do hospital.

### **Adoção do Programa de Humanização pelo Hospital**

Adoção do Programa de Humanização pelos hospitais, considerando suas demandas específicas e características próprias. Após a apresentação das linhas gerais do Programa, de suas diretrizes e normas, se discutirá a aplicação destas ao perfil de cada hospital. Serão

discutidas as melhorias e vantagens que o Programa poderá trazer e a maneira pela qual ele poderá responder às necessidades de cada hospital.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com a alta direção do hospital e/ou seus representantes para levantamento de demandas e necessidades específicas; adequação do Programa de Humanização ao hospital (preparação para a reunião de grupo dos hospitais participantes; empenho dos profissionais que participarão desta reunião).

### **Encontro dos Hospitais-Piloto**

Encontro dos hospitais participantes para troca de experiências e elaboração conjunta de diretrizes para um plano de ação. Nesse encontro, haverá oportunidade para os representantes dos hospitais partilharem possibilidades e dificuldades, trocarem experiências e identificarem aspectos comuns e diferenças entre suas instituições.

Está prevista reunião do grupo de hospitais (alta direção e chefias) e dos multiplicadores, supervisores e Comitê, para troca de experiências e elaboração conjunta de diretrizes para um plano de ação.

Está prevista reunião dos multiplicadores com a alta direção de cada hospital, para discussão da reunião de grupo dos hospitais.

### **Discussão do plano de ação específico para cada hospital**

Discussão do tipo de plano de humanização mais adequado à realidade singular de cada hospital, tendo como recurso as informações obtidas nos passos anteriores.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com a alta direção do hospital, dos multiplicadores com os supervisores e dos supervisores com o Comitê Técnico para discussão de conceitos e indicadores básicos de qualidade no atendimento humano à saúde do usuário e às condições de trabalho do profissional de saúde e objetivos e metas do plano de ação específico para cada hospital.

### **Etapa II – Criação do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar**

Nesta etapa, será criado um Grupo de Trabalho da unidade de saúde de orientação e condução do programa, composto por profissionais da alta direção, da área clínica e da área operacional do hospital.

A liderança dos trabalhos estará sob responsabilidade do Grupo de Trabalho criado na instituição. A coordenação, acompanhamento e monitoramento serão feitos pela dupla de profissionais de capacitação (multiplicadores), que manterá continuamente um trabalho de parceria com o Grupo de Trabalho constituído pelo hospital. Essa dupla estará, por sua vez, sob supervisão da equipe de coordenação do curso.

### **Discussão do Programa de Humanização com as lideranças do Hospital**

Discussão do Programa com todas as lideranças do hospital. A alta direção do hospital deverá convocar os chefes de setores das áreas de: administração, clínica médica, enfermagem, psicologia hospitalar, assistência social, zeladoria e primeiro contato. Com isso, estarão representados todos os níveis hierárquicos e todas as áreas do hospital.



Estão previstas reuniões dos multiplicadores com as lideranças do hospital, dos multiplicadores com os supervisores, e dos supervisores com o Comitê Técnico, para exposição e discussão do Programa de Humanização com as lideranças (realizada pelo hospital).

### **Composição do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, a começar pela lideranças.**

Identificação e engajamento das lideranças do hospital, as quais já possuam afinidade com o tema e se disponham a compor o Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar. Depois da discussão com todas as chefias, será feita a escolha de um grupo de lideranças (Grupo de Trabalho) que esteja espontaneamente inclinado a apoiar o Programa.

Discussão do tema no Grupo de Trabalho e identificação de mecanismos para promover um real comprometimento de todo o hospital com a nova política de humanização e uma participação ativa dos profissionais em disseminar o Programa.

Busca de estratégias de comunicação do Programa, com o objetivo de sensibilizar profissional e usuário.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores e dos supervisores com o Comitê Técnico, para escolha das lideranças e discussão da forma de funcionamento do Grupo de Trabalho, identificação de mecanismos de comprometimento do hospital e estratégias de comunicação interna.

### **Etapa III – Elaboração do plano de ação**

Nesta etapa, será elaborado o plano concreto de humanização de cada hospital, de acordo com as suas características e necessidades específicas.

Essa elaboração deverá adotar uma metodologia participativa, em duas direções necessariamente correlacionadas: a) humanização do trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida); b) humanização do atendimento ao usuário (cuidar do usuário).

Para identificação de problemas e oportunidades, estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores, e dos supervisores com o Comitê Técnico.

E para o estabelecimento de prioridades e metas estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores e dos supervisores com o Comitê Técnico.

### **Etapa IV – Implantação ampla do Programa**

O desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar implica, necessariamente, no fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social. Portanto, a implantação ampla do Programa deverá, especialmente, considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) empenhadas, direta ou indiretamente, de forma que sejam respeitadas, ouvidas e valorizadas.

A elaboração, implantação e avaliação do Programa feitas com a participação da comunidade, do profissional de saúde e da instituição hospitalar, representam o início da efetiva implantação de uma política de resgate do valor da vida humana e respeito por seu sofrimento e suas necessidades.

Na prática, isso começa a se efetivar quando a condução do Programa é feita pela liderança do hospital e coordenada pela dupla de capacitadores. A escolha de estratégias, recursos e áreas a atingir será organizada e realizada pelo Grupo de Trabalho, em cooperação com a dupla de capacitação. Nesta etapa, caberão a esta última a supervisão, a coordenação e o acompanhamento do processo, assim como o levantamento e o desenvolvimento de estratégias, técnicas e recursos de atuação.

Trabalhos já realizados mostram o valor de algumas estratégias possíveis de serem desenvolvidas em um trabalho conjunto do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar e da dupla de capacitação. O conjunto de estratégias, a ser oferecido e desenvolvido pela dupla de capacitação, deverá focalizar, especialmente, as estratégias de humanização das condições de trabalho do profissional de saúde, as quais enfatizam o desenvolvimento de capacidades, tais como: facilidade de contato interpessoal, competência para interagir e comunicar-se, consideração dos aspectos emocionais presentes nas relações, auto-estima, empatia, respeito e comportamento ético.

As estratégias serão desenvolvidas em três níveis: 1) ao profissional de saúde; 2) ao usuário; 3) à instituição hospitalar.

### **1. Segmento ã Profissional de sa' de**

- Criar canais de identificação das necessidades e expectativas do profissional de saúde, bem como canais de retorno desta avaliação.
- Criar cursos de capacitação permanente dos profissionais de saúde com foco na humanização do serviço:
  1. Trabalho em equipe, conceito de trabalho transdisciplinar, conceito de tarefa, relação entre a tarefa comum e os papéis diferenciados dentro da equipe.
  2. Estilos de liderança e seus efeitos no grupo.
  3. Formas de comunicação com clientes externos e internos, conflitos inter e intragrupais.
- Criar sistema de apoio psicológico e social aos profissionais.
- Formar grupos transdisciplinares para discussão de casos clínicos com foco no trabalho de humanização e/ou discussão de situações de conflito.

### **2. Segmento ã Usu rio**

- Criar canais de identificação das necessidades e expectativas do usuário, bem como de canais de retorno desta avaliação.
- Melhorar o sistema de informação, comunicação, sinalização e acesso aos serviços do hospital.
- Identificar os profissionais (crachás).
- Utilizar áreas do hospital, tal como salas de espera e recepção, como espaço de educação em saúde e/ou espaço para orientação e resolução de problemas.
- Criar um sistema de apoio psicológico e social a usuários e familiares.
- Implementar formas de participação dos familiares dos usuários e de apoio às suas necessidades.
- Planejar formas de participação do usuário em seu processo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento, assim como orientação e acompanhamento aos familiares.
- Elaborar um questionário para avaliar o nível de satisfação do usuário.

### **3. Segmento ã InstituiÁ,o hospitalar**

- Criar canais de comunicação e parceria com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.
- Aproveitar o trabalho voluntário, orientando-º
- Elaborar fluxograma – identificação e análise de processos críticos no ciclo de serviço total, definição dos limites de cada processo, dos requisitos e necessidades dos profissionais responsáveis, das dificuldades e áreas de conflito, da estrutura material e humana necessária à implantação de melhorias e dos recursos disponíveis.
- Elaborar um manual de indicadores básicos de qualidade na humanização da assistência hospitalar.
- Planejar um sistema de divulgação interna do Programa: seminários, palestras, boletins, vídeos.
- Planejar um sistema de divulgação externa do Programa: vídeos, comunicação na mídia e com instituições parceiras.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores e dos supervisores com o Comitê Técnico.

### **Etapa V ã AvaliaÁ,o da implantaÁ,o do Programa de HumanizaÁ,o**

Haverá um trabalho de avaliação permanente durante cada etapa, sob responsabilidade do Grupo de Trabalho, da dupla de capacitação e dos coordenadores do curso de capacitação.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores, e dos supervisores com o Comitê Técnico.

A avaliação dará ênfase aos seguintes itens:

- aspectos em conformidade com os requisitos especificados nos objetivos, as estratégias e metas e os indicadores para avaliação do trabalho e do atendimento humanizado;
- análise de dificuldades e erros;
- identificação de oportunidades de melhoria;
- implementação de projetos de controle e melhoria.

Critérios para avaliação:

- 1 grau de comprometimento da alta direção com o desenvolvimento e a implantação do Programa;
- 2 participação constante e ativa do Grupo de Trabalho da unidade na liderança das iniciativas propostas;
- 3 participação do profissional na implementação ampla do Programa;
- 4 participação do profissional nos cursos de capacitação;
- 5 participação dos usuários nos canais de comunicação e reivindicação e no acompanhamento de resultados;
- 6 grau de satisfação dos profissionais e dos usuários nas avaliações;
- 7 utilização adequada do manual de indicadores de qualidade;
- 8 implantação racionalizada das melhorias estruturais físicas e humanas;
- 9 participação sistematizada de trabalho voluntário;
- 10 efetivação de parcerias com instituições públicas e privadas;
- 11 efetivação da comunicação com movimentos comunitários.

## **Etapa VI – Replanejamento do Programa**

Com base nos resultados da avaliação, será feito o replanejamento do ciclo de trabalho, tendo em vista a identificação de estratégias de melhoria.

Estão previstas reuniões dos multiplicadores com o Grupo de Trabalho, dos multiplicadores com os supervisores e dos supervisores com o Comitê Técnico.

### **Sustentação do Programa**

A sustentação do Programa deverá considerar, fundamentalmente, os seguintes fatores:

- participação constante e ativa da alta administração e do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar;
- identificação e aproveitamento de mecanismos de participação comunitária (parcerias com organizações e movimentos sociais);
- fortalecimento de uma cultura de atendimento humanizado de saúde por meio da criação de canais de comunicação e divulgação do Programa na mídia;
- articulação com projetos de medicina preventiva.