

MANUAL TÉCNICO DO SELO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO



**SELO ESTADUAL
DE HUMANIZAÇÃO**



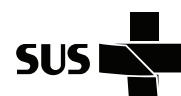
**Governo do
Estado da Bahia**
Secretaria da Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE – SUPERH
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – DGTES
COORDENAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE – CHTS

MANUAL TÉCNICO DO SELO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO



**SELO ESTADUAL
DE HUMANIZAÇÃO**



SALVADOR - BA
2021

FICHA TÉCNICA

Secretária da Saúde do Estado da Bahia em Exercício

Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Superintendência de Recursos Humanos na Saúde

Janaína Peralta de Souza

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Bruno Guimarães de Almeida

Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde

Érica Cristina Silva Bowes

Gestora da Consultoria Técnica

Jacqueline Canuto

Produção Escrita do Manual – Consultoria Técnica

Gabriel Gama

Equipe de Revisão do Manual

Ana Cristina Coelho Ramos, Bruno Guimarães de Almeida, Érica Cristina Silva Bowes, Rosana Santos Batista Adorno e Suelen Lemons Clasen

Identidade Visual

Assessoria de Comunicação – ASCOM

Demais apoiadoras e apoiadores

Grupo de Trabalho do Selo Estadual de Humanização

Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES/SUPERH)

Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/SUPERH)

Angélica Araújo de Menezes (DGTES/SUPERH)

Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/SUPERH)

Derbeth Silva Carmo (ESPBA/SUPERH)

Érica Cristina Silva Bowes (DGTES/SUPERH)

Isabela Rodrigues (Residente ISC/UFBA)

Luciano de Paula Moura (DGTES/SUPERH)

Maria Cecília Fiais Santos (DIPRO/SUREGS)

Rejane Andrade Cardoso (DGTES/SUPERH)

Rosana Santos Batista Adorno (DGTES/SUPERH)

Sheilla Carla Neves dos Santos (FESFSUS)

Silvana Lucia Pereira de Oliveira (DGGUP/SAIS)

Suelen Lemons Clasen (Residente ISC/UFBA)

LISTA DOS COLETIVOS DE HUMANIZAÇÃO

Comitê Técnico de Humanização - CTH

Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES/SUPERH)
Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/SUPERH)
Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/SUPERH)
Camila Moitinho de Aragão Bulcão (DGTES/SUPERH)
Daíse Pimentel Souza Pereira (APG/GASEC)
Derbeth Silva Carmo (ESPBA/SUPERH)
Diana Guadalupe Macedo Licona (DGTES/SUPERH)
Erica Cristina Silva Bowes (DGTES/SUPERH)
Gabriel Alves Coelho (APG/GASEC)
Joana Evangelista Conceição (FNMN-BA)
Libiene Lopes da Costa (FNMN-BA)
Luciano de Paula Moura (DGTES/SUPERH)
Maria Cecília Fiais Santos (DIPRO/SUREGS)
Mariane Dantas (COUR/DAE)
Moysés Longuinho Toniolo de Souza (RNP-BA)
Rosana Santos Batista Adorno (DGTES/SUPERH)
Sheilla Carla Neves dos Santos (FESFSUS)
Tais da Cunha Ferreira Tupinambá (OUVIDORIA SUS)
Ubiraci Matildes de Jesus (DGC/SAIS)

Fórum de Apoiadoras(es) da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde – FAGHTS

Ailton da Silva Santos (CEDAP)
Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES/SUPERH)
Ana Laura dos Reis Mignac (RH IPERBA)
Anamaria Rizzato (CEDAP)
Ariane de Aguiar Ferreira (HGE)
Célia Maria Martins Bitencourt (CEPRED)
Cyntia de Azevedo dos Santos (MTB)
Cyntia Ventura Braga (CEPRED)
Dirlaine Cristina Souto Cruz (HGE)
Edilce O. da Paixão (HGMF)
Elaine Sousa S. Passos (IPERBA)
Elandia Luna dos Santos (PRS Feira de Santana)
Flavia de Jesus Santos Sampaio (HGRS)
Herica Sampaio Barboza (HGESF)
Lilian Chaves (HGE)
Luciene C. B. Coutinho (HM)
Ludmila de Noronha Costa (UEGC)
Marcos Aurélio S. Almeida (HGE)
Milena Moreira O. Souza (HGCA)
Rosana Santos Batista Adorno (DGTES/SUPERH)
Rosana O. F. Câmara (HGE)
Sheilla Carla Neves dos Santos (FESFSUS)
Simone Andrade Porto São Pedro (CEDAP)
Simone Silva de Souza Costa (ICOM)
Solange Reis da Costa (HM)
Soraia M. A. Coelho (UEGC)
Tais da Cunha Ferreira Tupinambá (OUVIDORIA SUS)
Valdjane de Santana C. Fernandes (HGE)
Viviane Da Rin Brito (HGE)

Núcleo Técnico de Humanização - NTH

Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES/SUPERH)

Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/SUPERH)

Angélica Araújo de Menezes (DGTES/SUPERH)

Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/SUPERH)

Celurdes Carvalho (OUVIDORIA SUS)

Derbeth Silva Carmo (ESPBA/SUPERH)

Erica Cristina Silva Bowes (DGTES/SUPERH)

Ivanlucia Oliveira (DAE/SAIS)

Luciano de Paula Moura (DGTES/SUPERH)

Maria Cecília Fiais Santos (DIPRO/SUREGS)

Rita de Cássia Lopes Gomes (CESAT/DIVISA)

Rosana Santos Batista Adorno (DGTES/SUPERH)

Silvana Lucia Pereira de Oliveira (DGGUP/SAIS)

Simone Silva de Souza Costa (ICOM)

Ubiraci Matildes de Jesus (DGC/SAIS)

LISTA DE SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco
ASCOM – Assessoria de Comunicação
CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa
CES – Conselho Estadual de Saúde
CEDAP – Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
CHTS – Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde
CLST – Comissão Local de Saúde do Trabalhador
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTH – Comitê Técnico de Humanização
EPC – Equipamento de Proteção Coletiva
EPI – Equipamento de Proteção Individual
DGTES – Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DGGUP – Representante da Diretoria Geral de Gestão das Unidades Próprias
FAGHTS – Fórum de Apoiadores da Gestão e da Humanização do Trabalho na Saúde
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
HGE – Hospital Geral do Estado
HM – Hospital da Mulher
IPERBA – Instituto de Perinatologia da Bahia
MS – Ministério da Saúde
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
NTH – Núcleo Técnico de Humanização
NUGTES – Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
PAIST – Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador
PEGTES – Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
PEH – Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-Bahia
PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PHPN – Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PROSUS – Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador
QualiSUS-Rede – Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RNP-BA - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – Núcleo Bahia;
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIAS – Serviço de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SUPERH – Superintendência de Recursos Humanos da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UEGC – Unidade de Emergência Gercino Coelho (Pirajá)

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

B151mBahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos na Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Coordenação Estadual de Humanização na Saúde.

Manual Técnico do Selo Estadual de Humanização SUS - Bahia / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos na Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação Estadual de Humanização na Saúde. 2. ed. – Salvador: SESAB/SUPERH/DGTES/CHTS, 2021.

59p.

1. Humanização. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDU 614.2

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é **Coragem**.

Guimarães Rosa

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	15
APRESENTAÇÃO	17
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	19
Transversalidade	20
A indissociabilidade entre atenção e gestão	20
Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos	20
POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO	22
SELO DE HUMANIZAÇÃO	24
O que é o Selo de Humanização	24
A construção do Selo de Humanização	25
Por que submeter ao Selo de Humanização?	25
Como submeter ao Selo de Humanização	26

PROCESSO DE AVALIAÇÃO	27
Como se preparar para o Selo de Humanização	27
Como se candidatar ao Selo de Humanização	27
Definição da equipe de avaliadores	28
Realização da visita técnica	29
Como será avaliado o Selo de Humanização	29
Critério para premiação do Selo de Humanização	32
Manutenção do Selo de Humanização	33
Renovação	33
Evolução	33
 DIRETRIZES E ITENS DE VERIFICAÇÃO	 34
Acolhimento	35
Itens de verificação	37
Clínica Ampliada e Compartilhada	40
Itens de verificação	42
Defesa dos Direitos das Usuárias e dos Usuários	45
Itens de verificação	47
Ambiência	50
Itens de verificação	51
Gestão Participativa e Cogestão	55
Itens de verificação	57
Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora	59
Itens de verificação	61
 GLOSSÁRIO	 63
 REFERÊNCIAS	 71
 APÊNDICE	 73



AGRADECIMENTOS

O processo de construção deste manual técnico do Selo Estadual de Humanização iniciou com o desejo de reconhecimento das práticas de humanização desenvolvidas nas unidades da rede de saúde que repercutem no fortalecimento das Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-Bahia. Contemplou a participação de diversos atores que contribuíram direta e indiretamente para sua elaboração, sobretudo, apostando na humanização como *modus operandi* das práticas de saúde.

Nesse sentido, agradecemos ao Secretário Estadual de Saúde, à Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, ao Programa de Fortalecimento do SUS na rede metropolitana (PROSUS), às(aos) Diretoras(es) e Trabalhadoras(es) das unidades da saúde da rede própria, que têm contribuído com a transversalização das ações de humanização nos serviços e, em especial, às unidades que acolheram a Equipe da Consultoria Técnica e a CHTS para etapa de diagnóstico. Foram elas: **Instituto de Perinatologia da Bahia (IPER-BA), Hospital Geral do Estado (HGE), Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) e Unidade de Emergência Gercino Coelho (UE Pirajá).**

Agradecemos aos Coletivos da Humanização: Fórum de Apoiadoras(es) da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde (FAGHTS), Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e Comitê Técnico de Humanização (CTH) pelo compromisso e dedicação. Gratidão também aos movimentos sociais que estão presentes no Comitê Técnico de Humanização, ao exercerem papel fundamental na qualificação do documento visando nosso horizonte de atuação.

De maneira carinhosa, agradecemos à Equipe de Consultoria Técnica, ao Gestor e às(aos) trabalhadoras(es) da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), que materializam cotidianamente princípios e dispositivos dessa política. Assim como à residente Suelen Lemons Clasen, à estagiária Karla Hegouet e em especial, à equipe da Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS) pela crença e luta por um SUS humanizado.

Por fim, inspiradas(os) em Paulo Freire, desejamos que sua mensagem nos afete de maneira a *esperança*: **Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.**

SESAB/DGTES/CHTS.



APRESENTAÇÃO

Reivindicar por uma atenção e gestão em saúde verdadeiramente qualificáveis implica no compromisso inadiável de tornar humano o que já é humano. Implica em articular forças para, não só garantir, mas também fortalecer as bases que ancoram o Sistema Único de Saúde (SUS), uma de nossas maiores conquistas como Estado democrático de direito.

No âmbito do estado da Bahia, esse urgente compromisso com a universalidade, integralidade e equidade dos serviços em saúde culmina em uma esteira de ações, programas e projetos implantados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), destinada à criação de uma rede de educação e trabalho em saúde cada vez mais fortalecida. É diante desse contexto que nasce este Manual Técnico do Selo Estadual de Humanização.

O Selo de Humanização configura como mais um importante instrumento catalisador das iniciativas voltadas à qualificação da atenção e gestão em saúde. Seu objetivo está centrado em traduzir os princípios e diretrizes contidos nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização em um conjunto palpável de ações, que são possíveis de serem implementadas nas unidades da rede SUS Bahia, com vistas a promover uma melhoria na atenção à saúde da população baiana.

Esta proposta divide-se em três partes: a primeira contempla uma explanação do surgimento das Políticas Nacional e Estadual de Humanização, bem como de seus princípios e diretrizes, visto que fundamentam a elaboração deste instrumento de avaliação.

A segunda parte é direcionada a orientar questões relacionadas ao Selo Estadual de Humanização, tais como: a relevância de sua conquista para a unidade de saúde; quais pré-requisitos e como pleitear a participação no processo; como se constitui as etapas de avaliação; por fim, quais os critérios escolhidos para análise e para o sistema de premiação.

Na terceira parte, são apresentadas as conceituações teóricas de cada uma das 6 (seis) diretrizes, seguida de seus respectivos itens de verificação.

Os itens de verificação operam como orientadores, conduzindo a unidade de saúde a aperfeiçoar espontaneamente suas práticas e processos de trabalho, tendo como premissa a natureza educacional e não prescritiva/determinista do Selo de Humanização.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Criada pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), popularmente conhecida como HumanizaSUS, constitui-se como uma política pública no setor da saúde com princípios, diretrizes e dispositivos que se dialogam e complementam na missão de inovar práticas e processos de saúde nas instituições que integram o Serviço Único de Saúde (SUS).

A PNH propõe uma visão múltipla e abrangente acerca do cuidado e da atenção na saúde, ao imbricar e mobilizar gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os) na implementação de ações e práticas de humanização. A sua missão consiste em defender um modelo de poder descentralizado, com a operacionalização pautada na transversalidade de ações e na implementação de diretrizes e dispositivos, a fim de fortalecer os vínculos entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), bem como sedimentar um consoante sentimento de pertencimento e corresponsabilização dessa tríplice gestão.

Valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde é compreender que todas(os) possuem uma importância inequívoca no fazer diário, não obstante, a PNH configura-se como uma política que não se restringe a um modelo de trabalho rígido com base em uma gestão unilateral, que limita a interação entre as categorias profissionais.

O que a PNH intenta é valorizar os sujeitos envolvidos no processo de cogestão, a partir de uma comunicação transparente, que estimule a criação de vínculos solidários e promova a autonomia e a participação efetiva de todas(os). No que tange as(aos) trabalhadoras(es), garantir o espaço de voz delas(es) por meio de rodas de conversa, reuniões periódicas com demais gestoras(es) para resolução de conflitos, sistematização e monitoramento dos planos de ação na unidade. Com relação as(aos) usuárias(os) e acompanhantes, assegurar uma política que as(os) corresponsabilize no processo do cuidado e da gestão.

Os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH visam contribuir para um olhar mais sistêmico e integrado dessa forma de gestão compartilhada, ao firmar uma sólida rede de interação entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os). A implementação de ações e práticas direcionadas à humanização só é possível na medida em que os atores envolvidos internalizam em suas práticas um modo de gestão coletivo, ao reconhecer a importância do protagonismo de cada um(a).

Debruçar-se sobre um SUS mais humanizado implica em uma política nacional verdadeiramente inclusiva e coparticipativa, não apenas dentro das unidades de saúde da rede pública, mas também na base organizacional de suas estruturas, ao articular uma política capilarizada, envolvendo equipes de apoiadoras(es) de todo país, nas secretarias estaduais, municipais, núcleos e demais instâncias estatais comprometidas com a qualidade dos serviços na saúde.

Com vistas a propiciar uma atenção verdadeiramente humana e integral à população, a PNH defende uma tríade de princípios: a *indissociabilidade entre atenção e gestão*, o *protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos* e a *transversalidade*.

Transversalidade

Implica em construir uma rede de conexões entre pessoas e grupos em todos os programas e políticas do SUS, garantindo a horizontalização dos esforços para produzir uma saúde de qualidade e corresponsável. A transversalidade se torna possível quando há espaço para diálogo e o intercâmbio de experiências entre as(os) diferentes profissionais multidisciplinares, ressignificando os modos de relação e comunicação.

A indissociabilidade entre atenção e gestão

Refere-se à relação interdependente entre cuidar e gerir, no qual trabalhadoras(es) e usuárias(os) ocupam papéis centrais na produção dos serviços de saúde, atuando como corresponsáveis pelas decisões e pelo funcionamento da gestão. Implica também na participação ativa da(o) usuária(o) em seu próprio tratamento.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Reconhece uma rede articulada de gestão, baseada em um pacto de corresponsabilidade entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), no qual todas(os) são contempladas(os) em seus direitos e vistas como propulsores de mudanças na gestão e atenção da saúde. O êxito das ações e práticas de humanização perpassa pelo protagonismo,

autonomia e responsabilidade dessa tríplice inclusão de sujeitos no comprometimento de suas atribuições e nas tomadas de decisões.

Esse tripé de princípios se manifesta, enquanto política pública de saúde, na urdidura das práticas e dos processos, ao promover uma ressignificação das relações entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), com vistas a aperfeiçoar os serviços e garantir uma participação social que esteja em continuo funcionamento no cotidiano das unidades de saúde.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2010, p. 5).

Além dos três princípios basilares, a cartilha da PNH preconiza uma relação de 6 (seis) diretrizes - *Acolhimento, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Defesa dos Direitos dos Usuários(os), Gestão Participativa e Cogestão, e Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora* - que suscitam um amplo espectro de reflexões das práticas e processos acerca do fazer, do cuidado e da atenção na rede pública de saúde.

As diretrizes são direcionamentos importantes que ajudam a repensar os processos de trabalho e a aprimorar os serviços no que tange à humanização, ao suscitar reflexões as(aos) gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), engajando-os na troca de saberes, afetos, e na qualificação dos serviços oferecidos na saúde. A implementação das diretrizes também tem o intuito de desenvolver uma política pública que avalie e mensure resultados das práticas e dos processos, visando responder aos desafios do cotidiano do SUS, por meio da proposição de ações inovadoras e políticas de padronização.

Este Selo de Humanização aprofundará nas 6 (seis) diretrizes, descrevendo-as conceitualmente e elencando um conjunto de itens de verificação para cada uma delas.

POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO DO SUS – Ba

Em 2017, a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-Bahia (PEH) foi criada com o objetivo de qualificar o processo de humanização no cuidado e gestão da saúde na rede SUS a nível estadual, ao desafiar um modelo de atenção centrado em paradigmas arraigados de produção.

O documento é a concretização dos esforços de um trabalho profícuo de colaboração entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a Superintendência de Recursos Humanos na Saúde (SUPERH), a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) e a Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS).

A criação da PEH foi mais um importante passo dado na busca por um modelo de saúde integral, universal e equânime – calcado nos princípios básicos que envolvem o Sistema Único de Saúde – contrapondo a uma visão fragmentada do trabalho na saúde, centrada em um modelo de gestão fragmentada e vertical.

Em âmbito baiano, a implantação de programas voltados para humanização da rede pública de saúde iniciou no ano 2000 a exemplos do Programa QualiSUS-Rede, pertencente ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e ao Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Nesta esteira de iniciativas, novos avanços foram dados com o surgimento do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) também em 2000 e, quatro anos depois, com a implementação do serviço de Ouvidoria do SUS-Bahia.

O serviço de Ouvidoria do SUS-Bahia foi implantado por meio da Portaria 775/2004, atendendo ao Decreto de nº 8.803/2003, da Ouvidoria Geral do Estado, no qual estabeleceu a descentralização do serviço de ouvidoria para todos os órgãos e entidades do poder executivo estadual, sob a coordenação técnica da Ouvidoria Geral do Estado, constituindo, assim, a Rede de Ouvidorias do Estado.

Segundo a Política Estadual de Humanização, tais iniciativas na esfera estadual propiciou a eficácia das práticas em humanização, ao estimular o diálogo entre trabalhadoras(es), gestoras(es) e usuárias(os), visando uma gestão mais coparticipativa, integrada (BRASIL, 2015, p. 11).

A institucionalização de uma política a nível estadual em humanização deve-se à necessidade de acrescentar aos pilares fundamentais da Política Nacional de Humanização (PNH) – princípios, diretrizes e dispositivos – as demandas específicas encontradas na realidade da rede SUS-Bahia. A PEH, criada em 2017, tem como objetivos:

fomentar práticas democráticas e participativas nos modos de cuidar e gerir da saúde; promover a discussão e revisão dos processos de trabalho e fluxos organizacionais; fortalecer a organização e a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS); valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de atenção e gestão na saúde; promover a gestão do conhecimento nas RAS; contribuir com a formação profissional em saúde, incentivando ações de humanização, com ênfase na integração ensino serviço comunidade (BRASIL, 2015, p. 12).

No que tange aos seus princípios, a PEH endossa as noções abarcadas na PNH no que diz respeito à transversalidade entre saberes e poderes, bem como ao protagonismo e à corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos nos processos de produção em saúde. Além disso, o documento estadual ressalta a importância dos vínculos solidários e do respeito às diversidades e singularidades, a partir do exercício pleno da alteridade e da valorização de virtudes humanas como empatia e solidariedade.

Com relação às diretrizes, a PEH pauta-se nas 6 (seis) preconizadas pela PNH, que balizam o processo de avaliação do Selo de Humanização, e acrescenta duas novas: Comunicação e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A despeito da Comunicação, indica a importância da ampliação dos canais de comunicação inter e intra serviços, com vistas a horizontalizar as relações de trabalho e a transparecer os serviços de saúde para a população atendida.

No que tange à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tal diretriz engloba a necessidade de constituir tecnologias e dispositivos que materializem a gestão do trabalho em saúde na rede, associando a educação na saúde como estratégia de enriquecer a produção de saberes das(os) trabalhadoras(es), visando a melhoria de suas atuações profissionais na perspectiva da atenção e gestão humanizada.

SELO DE HUMANIZAÇÃO

O que é o Selo de Humanização

O Selo de Humanização é um instrumento prático de avaliação, contendo diretrizes e itens de verificação, cuja finalidade é a proposição de um “modo de fazer” objetivo e palpável às unidades de saúde do SUS-Bahia que desejam institucionalizar práticas e ações humanizadoras.

O documento é mais um dos importantes desdobramentos do Programa de Fortalecimento do SUS, na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS), aprovado em 2014 e executado, desde então, pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), cujo objetivo consiste em desenvolver sistemáticas de melhoria contínua em saúde.

Neste intento de construir uma rede cada vez mais integrada e fortalecida de serviços de saúde, o Selo de Humanização apresenta-se como um instrumento de avaliação essencial ao garantir:

- a. O atendimento acolhedor a(ao) usuária(o), bem como assegurar os seus direitos;
- b. A corresponsabilidade na gestão dos serviços de saúde;
- c. O olhar integrado e sistêmico na atenção e no cuidado;
- d. A qualidade e segurança dos ambientes de trabalho;
- e. A valorização dos sujeitos imbricados no fazer diário com a construção de vínculos solidários.

É importante ressaltar que o Selo Estadual de Humanização é a culminância de todo um processo, ao se configurar como um instrumento objetivo e transparente que rompe com os limites do discurso, estruturando-se para além de premissas teóricas.

O intuito foi desenvolver um documento conciso e factível de ser aplicado, com vistas a qualificar as práticas de atenção e gestão à saúde, considerando a realidade estrutural da rede pública do estado da Bahia. Dessa forma, os itens de verificação contidos

para cada diretriz preconizada pelas Políticas Nacional e Estadual de Humanização prima pela simplicidade e didática nas orientações.

A construção do Selo de Humanização

A concretização deste Selo de Humanização envolveu visitas técnicas em quatro unidades de saúde do SUS-Bahia, com o objetivo de conhecer o espaço físico, o fluxo operacional, as fragilidades e os pontos fortes, baseando-se nas diretrizes pautadas pelas Políticas Nacional e Estadual de Humanização.

Esse diagnóstico situacional ocorreu no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPER-BA), Hospital Geral do Estado (HGE), Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) e Unidade de Emergência Gercino Coelho (UE Pirajá) durante o mês de agosto de 2020.

Nessas visitas técnicas, foram realizadas entrevistas com gestoras(es) e grupos focais das(os) trabalhadoras(es), além das(os) usuárias(os) e acompanhantes. O intuito das conversas foi coletar informações e percepções de cada um dos sujeitos envolvidos nas práticas e processos de saúde, a fim de ampliar o entendimento da realidade das unidades e, dessa forma, contribuir para a elaboração dos itens de verificação.

Após as visitas técnicas, foram realizadas reuniões para alinhamento com representantes de órgãos vinculados à SESAB e demais apoiadoras(es) do projeto do Selo de Humanização.

Por que submeter ao Selo de Humanização?

A implementação do Selo de Humanização atenta para o compromisso de reconhecer os esforços empreendidos pelas unidades de saúde da rede SUS Bahia em melhorar seus serviços, tendo em vista uma atenção cada vez mais contínua, integral e humanizada.

A conquista do Selo de Humanização certifica as unidades engajadas no caminho para uma excelência nos processos de humanização, em linhas gerais, nos seguintes aspectos:

- a. Valorização do engajamento coletivo entre gestoras(es) e trabalhadoras(es) na produção corresponsável de práticas em saúde;

- b.** Otimização dos processos dos ambientes de trabalho;
- c.** Criação de infraestruturas acolhedoras que promovam bem-estar as(aos) usuárias(os) e acompanhantes.

O Selo de Humanização, portanto, se configura como instrumento educacional, cujo objetivo é reconhecer as unidades que buscam uma assistência diferenciada e acolhedora por meio da implementação de ações, práticas, iniciativas e inovações voltadas a uma visão sistêmica e humanizada de atendimento.

O desenvolvimento diário de ações voltadas à humanização acarreta a busca por mais melhorias e, conseqüentemente, à vontade em atingir novos níveis de premiação. A evolução da unidade de saúde no que tange aos princípios e diretrizes da humanização deve ser vista como contínua e parte natural de um processo evolutivo.

Como submeter ao Selo de Humanização

A submissão ao Selo de Humanização é realizada de forma voluntária, constituindo-se como um programa de caráter educacional e não prescritivo/fiscalizatório.

Com relação à elegibilidade, qualquer unidade de saúde do SUS-Bahia de gestão direta e indireta da SESAB, independentemente do porte, perfil ou complexidade, pode pleitear a sua obtenção junto à Superintendência de Recursos Humanos da Saúde SUPERH/SESAB.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Como se preparar para o Selo de Humanização

Para alcançar o reconhecimento dos esforços, sugere-se à unidade pleiteada que realize uma avaliação interna, envolvendo a coparticipação entre gestoras(es) e trabalhadoras(es), a fim de verificar se foram implementadas/cumpridas os itens de verificação de cada diretriz deste Manual Técnico do Selo Estadual de Humanização, antes de ser submetida ao processo de formal de avaliação.

Nesta autoavaliação, é fundamental que a unidade de saúde reúna evidências que auxiliem o processo de avaliação das diretrizes no dia da visita técnica.

A unidade de saúde deverá envolver tanto as(os) gestoras(es) quanto as(os) trabalhadoras(es) no processo de avaliação para a conquista do Selo Estadual de Humanização.

É importante que a unidade de saúde também defina um(a) ou mais apoiadores(as) de humanização para acompanhar todo o processo de avaliação.

Como se candidatar ao Selo de Humanização

As unidades de saúde que têm interesse na obtenção do Selo Estadual de Humanização devem cumprir com as seguintes etapas:

- 1º** Possuir o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implementado e formalizado.
- 2º** Formalizar um requerimento, solicitando a participação formal para a visita técnica avaliativa.
- 3º** Enviar o requerimento para a Superintendência de Recursos Humanos na Saúde (SUPERH) SESAB.

Após receber o requerimento pela unidade de saúde candidatada, a SUPERH dará anuência ao Gabinete da SESAB que avaliará e dará retorno, informando a elegibilidade ou não. Posteriormente a SUPERH encaminhará o processo para a DGTES

Caso a unidade de saúde esteja apta, a DGTES iniciará o processo de avaliação.

Definição da equipe de avaliadores

A equipe de avaliadoras(es) deverá ser composta por, no mínimo, 3 (três) membros com atuação nos segmentos abaixo:

- Apoiador(a) de humanização;
- Representante do sistema de direitos vinculado ao Ministério Público e/ou Defensoria Pública, como também membro do Comitê Técnico de Humanização (CTH);
- Integrante da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES);
- Representante da Diretoria Geral de Gestão das Unidades Próprias (DGGUP);
- Representante das(os) usuárias(os) ou do trabalhador(a) membros do CTH.

Cada equipe de avaliadoras(es) deverá conter um(a) avaliador(a) líder responsável pela coordenação do processo, e outras(os) duas(dois) avaliadoras(es) adjuntos. Caso necessário, a equipe poderá incluir especialistas, avaliadoras(es) em treinamento, observadoras(es) com a ciência prévia.

Avaliador(a) líder: é a(o) responsável por todas as fases do processo de avaliação da unidade de saúde. Deve ter capacidade gerencial, experiência e lhe ser conferida autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvida(o). Deve ser um(a) integrante da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), preferencialmente, da Coordenação Estadual de Humanização do Trabalho na Saúde (CHTS).

Avaliador(a) adjunto: profissional qualificada(o) para efetuar as avaliações do Selo de Humanização, que deve pertencer ao quadro da SESAB ou Ministério Público, Defensoria Pública, um(a) apoiador(a) de Humanização e membros dos segmentos dos Trabalhadoras(es) e Usuárias(os) do Conselho Estadual de Saúde (CES) e do Comitê Técnico de Humanização (CTH).

Realização da visita técnica

A equipe de avaliadoras(es) realizará visita técnica à unidade de saúde, no qual buscará evidências por meio de:

- a. Observações dos serviços *in loco*;
- b. Reuniões com grupos focais, envolvendo gestoras(es) e trabalhadoras(es);
- c. Reuniões com grupos focais, envolvendo usuárias(os) e acompanhantes;
- d. Reuniões com comissões e comitês da unidade de saúde;
- e. Entrevistas com gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os);
- f. Análise de documentação e indicadores.

Após a visita técnica, será emitido um relatório pela equipe de avaliadoras(es) com recomendações, indicando os pontos fortes da unidade de saúde, bem como as oportunidades de melhoria.

Como será avaliado o Selo de Humanização

O Selo de Humanização dispõe de uma relação de itens de verificação para cada uma das 6 (seis) diretrizes voltadas à humanização que estão pautadas nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização. São elas: *Acolhimento, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Defesa dos Direitos das(os) Usuárias(os), Gestão Participativa e Cogestão, e Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora.*

Os itens de verificação têm igual valor e desempenham o papel de orientar as unidades de saúde a refletir acerca de seus processos e práticas humanizadas. Tais critérios estão em consonância com os princípios fundamentais que ancoram as Políticas Nacional e Estadual de Humanização, e foram sistematizados considerando os múltiplos perfis das unidades no que tange à realidade socioeconômica e cultural.

Cada item de verificação será definido a partir de 4 (quatro) categorias:

- **Conforme (C):** a unidade de saúde cumpre com o item de verificação, considerando seu perfil, porte e complexidade. Tem valor de 1 ponto.

- **Conforme parcialmente (CP):** a unidade de saúde cumpre parcialmente com o item de verificação, considerando seu perfil, porte e complexidade. Tem valor de 0,5 ponto.
- **Não Conforme (NC):** a unidade de saúde não cumpre com o item de verificação, considerando seu perfil, porte e complexidade. Tem valor zerado.
- **Não Se Aplica (NA):** o item de verificação não se aplica à unidade de saúde, considerando seu perfil, porte e complexidade. Não possui valor.

Durante o processo de avaliação, a unidade de saúde será avaliada em cada item de verificação de cada diretriz, baseada nas quatro categorias mencionadas acima.

A pontuação total em cada diretriz definirá o grau de conformidade que a unidade de saúde estará posicionada nessa diretriz.

Os itens de verificação assinalados em **Não Se Aplica** não serão considerados no cálculo do grau de conformidade. Dessa forma, não haverá prejuízo na avaliação da porcentagem final da unidade de saúde.

O grau de conformidade da unidade de saúde será mensurado em termos percentuais:

- **Grau de Conformidade Total:** a unidade atende, no mínimo, a 80% dos itens de verificação em cada uma das 6 (seis) diretrizes.
- **Grau de Conformidade Médio:** a unidade atende entre 50% e 79% dos itens de verificação em cada uma das 6 (seis) diretrizes.
- **Grau de Conformidade Inconsistente:** a unidade atende menos que 50% dos itens de verificação em cada uma das 6 (seis) diretrizes.

A título de exemplo, a diretriz **Clínica Ampliada e Compartilhada** possui 25 itens de verificação. A unidade de saúde “X”, ao ser avaliada, nessa referida diretriz, atinge a seguinte pontuação:

Tabela: Avaliação para diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada (exemplo)

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CATEGORIA	VALOR
A	Conformidade Total	1,0
B	Conformidade Total	1,0
C	Conformidade Parcial	0,5
D	Conformidade Total	1,0
E	Conformidade Parcial	0,5

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CATEGORIA	VALOR
F	Não Conforme	0,0
G	Não Se Aplica	-
H	Conformidade Parcial	0,5
I	Conformidade Total	1,0
J	Conformidade Total	1,0
K	Conformidade Parcial	0,5
L	Conformidade Total	1,0
M	Conformidade Parcial	0,5
N	Não Conforme	0,0
O	Conformidade Total	1,0
P	Conformidade Total	1,0
Q	Não Se Aplica	-
R	Conformidade Parcial	0,5
S	Conformidade Total	1,0
T	Não Se Aplica	-
U	Conformidade Total	1,0
V	Conformidade Parcial	0,5
W	Conformidade Total	1,0
X	Não Se Aplica	-
Y	Conformidade Parcial	0,5
TOTAL DE PONTOS:		15 PONTOS

Conforme observado na tabela acima, a unidade de saúde “X” obteve 15 pontos, sendo que foram constatados 4 (quatro) itens de verificação na categoria **Não Se Aplica**.

Dessa forma, a unidade de saúde “X” será avaliada em 21 itens de verificação (total de 21 pontos). Nesse caso, convertendo em termos percentuais, a unidade de saúde X adquiriu, na diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada o total aproximado de 71% de aproveitamento.

O **Grau de Conformidade** é Médio para essa diretriz (entre 50% e 79%).

Critério para premiação do Selo de Humanização

O Selo de Humanização possui um sistema hierárquico de reconhecimento com 3 (três) níveis de premiação (Básico, Intermediário e Avançado).

A opção por uma divisão estratificada tem o intuito de incentivar a unidade de saúde na melhoria contínua e na excelência de suas ações voltadas à humanização.

Dessa forma, a unidade candidatada pode galgar novos níveis de reconhecimento à medida que evolui na adoção das práticas humanizadas assinaladas pelos itens de verificação de cada diretriz, demonstrando o progresso de seus esforços.

O critério de divisão dos níveis de premiação é baseado na relação entre a quantidade de diretrizes com grau de conformidade médio e total. Se a unidade de saúde possuir alguma diretriz com grau de conformidade inconsciente, ela não atenderá a qualquer nível de premiação.

Caso a unidade de saúde apresente apenas 1 (uma) diretriz com grau de conformidade total ou somente diretrizes com graus de conformidade médio e/ou inconsciente, ela também não atenderá a nenhum dos níveis de premiação.

Os níveis de premiação são:

Básico:

- Possui 4 diretrizes com grau de conformidade médio e 2 diretrizes com grau de conformidade total;

Intermediário:

- Possui 3 diretrizes com grau de conformidade médio e 3 diretrizes com grau de conformidade total;

Avançado:

- Possui 2 diretrizes com grau de conformidade médio e 4 diretrizes com grau de conformidade total;
- Possui 1 diretriz com grau de conformidade médio e 5 diretrizes com grau de conformidade total;
- Possui 6 diretrizes com grau de conformidade total.

CLASSIFICAÇÃO	GRAU DE CONFORMIDADE MÉDIO	GRAU CONFORMIDADE TOTAL
NÃO ATENDE	6 DIRETRIZES	0 DIRETRIZ
NÃO ATENDE	5 DIRETRIZES	1 DIRETRIZ
BÁSICO	4 DIRETRIZES	2 DIRETRIZES
INTERMEDIÁRIO	3 DIRETRIZES	3 DIRETRIZES
AVANÇADO	2 DIRETRIZES	4 DIRETRIZES
AVANÇADO	1 DIRETRIZ	5 DIRETRIZES
AVANÇADO	0 DIRETRIZ	6 DIRETRIZES

Manutenção do Selo de Humanização

A manutenção do Selo de Humanização tem o objetivo de propiciar a continuidade do cumprimento dos itens de verificação das 6 (seis) diretrizes, visando garantir a melhora contínua dos processos.

O Selo de Humanização tem validade de 3 (três) anos.

Renovação

A renovação da premiação do Selo de Humanização é realizada, por meio de um novo processo de avaliação, após o prazo de validade de 3 (três) anos, contemplando todas as etapas contidas neste documento, desde o seu início. É o recomeço de um novo ciclo.

Evolução

Caso haja o interesse em alcançar um nível de premiação mais elevado, a unidade de saúde pode solicitar um novo processo de avaliação somente após 1 (um) ano da conquista do Selo de Humanização.

Vale ressaltar que a unidade de saúde também será submetida novamente ao processo de avaliação desde o seu início, assim como no caso de renovação citado acima.



DIRETRIZES E ITENS DE VERIFICAÇÃO

Acolhimento

Olhar o outro como se estivesse olhando a si mesmo. Acolher é uma atitude de estar no outro, com o outro. Através de uma escuta atenciosa e empática, ser um(a) observador(a) sensível dos anseios alheios, apto a contribuir para o caminho de cura. Acolhimento é um ato de humanidade e, por essa razão, é considerado uma diretriz primordial da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS-BA, que asseguram a dignidade da vida de todo ser humano.

O intento de humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde compreende uma missão que perpassa a noção de princípio ligada ao SUS, mas, sim, uma atuação que é engajada ao estar “comprometida também com modos de fazer, com processos eletivos de transformação e criação de realidade” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 392).

Nesse jogo entrelaçado que abarca os processos de produção de saúde, não há como pensar em uma diretriz como acolhimento sem levar em consideração, tal como reiteram Benevides e Passos (2005), as subjetividades dos atores que se envolvem nos modos de cuidar e nas formas de gestão dos processos de trabalho.

No que tange ao âmbito da atenção e do cuidado na saúde pública, o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que não deve ser vista como uma manifestação de medidas pontuais, mas, sim, como resultado de uma sistemática de esforços empreendidos por esses atores imbricados no funcionamento da unidade de saúde. Ao adotar o acolhimento como diretriz para humanização, o objetivo passa ser a criação de novas formas de agir, a fim de alcançar uma atenção no cuidado que seja acolhedor e, ao mesmo tempo, resolutivo (BRASIL, 2010, p. 75).

Um dos esforços contemplados pelo acolhimento está direcionado em garantir o vínculo com o usuário desde o seu devido acolhimento, conforme estado clínico e seguindo os protocolos de classificação de risco, até os direitos contemplados em leis. Para esse fim, é preciso que haja um compromisso coletivo e bem articulado entre as equipes, assegurando o envolvimento pleno das(os) gestoras(es), como também das(os) trabalhadoras(es) nos processos de produção da saúde.

Tal como preconiza as Políticas Nacional e Estadual de Humanização, a humanização em saúde se constitui nas relações sociais produzidas pelos indivíduos. Acolher implica em internalizar a consciência de que os seres humanos estão imbricados socialmente e evoluem à medida que se vinculam umas(uns) as(aos) outras(os). É uma postura ética que requer uma implicação do sujeito no âmbito do coletivo.

Essa diretriz corrobora com os princípios da corresponsabilidade na gestão e da indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de sujeitos, ao atentar-se em reconhecer a(o) usuária(o) como um(a) participante ativa(o) e responsiva(o).

Levar um atendimento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento, vínculo e segurança é a superação da concepção limitante de considerá-la(o) um(a) mera(o) paciente da unidade de saúde. Para que haja a efetividade deste processo construtivo coletivo e corresponsável de práticas, é preponderante que haja uma mudança de cultura na gestão da unidade, apoiada por uma equipe multiprofissional de referência sensibilizada e unida no processo de escuta qualificada, sobretudo, de questões suscitadas pelas usuárias/sujeitos em sua experiência na unidade, bem como das singularidades que carregam no que tange à cultura e aos saberes de cada um(a).

Contemplar as singularidades dos sujeitos e coletivos é um axioma fundamental para a diretriz de acolhimento para a Política Nacional de Humanização, ao compreender que “cada sujeito possui uma história singular que é marcada por trajetos únicos, compostos por perdas, conquistas e escolhas – profissionais, religiosas, políticas, etc” (BRASIL, 2010, p. 112).

O humano é um ser inexoravelmente relacional e, por natureza, está continuamente imbricado em complexas teias sociais, negociando interações com outros sujeitos e coletivos em grandes cadeias comunicativas. No entanto, é importante considerar que, em meio às sociedades e comunidades humanas, cada sujeito carrega repertórios ideológicos, políticos, culturais e sócio-históricos próprios, responsáveis por moldar sua identidade, percepção e consciência do mundo à sua volta.

Pensar em acolhimento é considerar preponderantemente as marcas individuais dos sujeitos, como bem aponta a Política Estadual de Humanização a respeito da diretriz. Promover acolhimento é reconhecer “[...] o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (BRASIL, 2015, p. 16), isto é, considerar seus aspectos étnico-raciais, suas crenças religiosas e espirituais, relações de identidade, gênero e orientação sexual, condições socioeconômicas e culturais, patologias, alterações genéticas e necessidades especiais, entre outras manifestações singulares, garantindo o princípio de equidade em saúde do SUS.

Acolher implica, portanto, sensibilizar os atores – gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os) – a não só reconhecerem essas singularidades e diferenças, mas estarem permanentemente atentas(os) para que elas sejam respeitadas e atendidas nas unidades de saúde da rede pública.

Itens de verificação

- 1º Possui perfil epidemiológico da população atendida na unidade de saúde.
- 2º Informa os serviços que são prestados para usuárias(os), acompanhantes, familiares e trabalhadoras(es).
- 3º Possui capacidade instalada com recursos humanos, tecnológicos e insumos, de acordo com a necessidade do serviço.
- 4º Possui planejamento para atender um número de pacientes acima da capacidade da unidade, priorizando o atendimento por grau de risco.
- 5º Dispõe de programa que potencialize o acolhimento das(os) usuárias(os) e acompanhantes na unidade, a exemplo do programa de ensino-aprendizagem Permanecer SUS.
- 6º Dispõe dos Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) de acordo com o perfil definido de funcionamento da unidade de saúde.
- 7º Possui fluxo definido para orientar e encaminhar a(o) usuária(o) caso a unidade não tenha capacidade resolutiva, devido à alta demanda, ao seu perfil de atendimento, à infraestrutura e aos recursos disponíveis.
- 8º Utiliza, no mínimo, os identificadores nome e data de nascimento e, de acordo com a preferência da(o) usuária(o), inclui o nome social, para assegurar a identificação correta antes de realizar qualquer procedimento.
- 9º Possui o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para assegurar as diferentes prioridades no atendimento da(o) usuária(o).
- 10º Monitora o desempenho do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) por meio de indicadores de resultado.
- 11º Possui o protocolo de identificação dos riscos assistenciais da(o) usuária(o), a exemplo das comorbidades, alergias, estado psicológico, déficit visual e auditivo, risco de quedas, dentre outros, e estabelece ações para garantir a sua segurança.
- 12º Implementa ações para garantir a privacidade das(os) usuárias(os) nos atendimentos.

- 13º** Possui fluxo definido que assegure a transferência de informações, contribuindo para garantir a continuidade do atendimento da(o) usuária(o) na unidade de saúde.
- 14º** Possui monitoramento dos tempos de espera de atendimento das(os) usuárias(os), com evidência de ações de melhoria no fluxo.
- 15º** Possui fluxo definido para agendamento de exames/consultas e procedimentos da(o) usuária(o).
- 16º** Dispõe de processo de agendamento de exames/consultas e procedimentos monitorados, por meio de indicadores com evidência de ações de melhoria.
- 17º** Garante o direito do acompanhante nas consultas, realização de exames, internações da(o) usuária(o), com vistas a viabilizar a corresponsabilização do cuidado.
- 18º** Utiliza o prontuário da(o) usuária(o), de forma a zelar pela privacidade e confidencialidade das informações.
- 19º** Define ações de enfrentamento à violência institucional para garantir o cuidado, ao respeitar a identidade de gênero, as tradições culturais, étnicas e demais diversidades e singularidades das(os) usuária(os).
- 20º** Realiza o acolhimento as(aos) usuárias(os) respeitando seu nome social, identidade de gênero, quesito raça/cor, conforme preconizado no Decreto Federal 8.727/2016.
- 21º** Implementa ações sistemáticas no combate ao racismo institucional nos serviços de saúde.
- 22º** Implementa ações sistemáticas que garantem o respeito às crenças religiosas das(os) usuárias(os) de acordo com a Portaria 880/2014.
- 23º** Possui protocolo definido para atendimento integral e humanizado as(aos) usuárias(os) vítimas de violência física, moral e sexual, sobretudo ao cuidado no tratamento a travestis, pessoas trans e não-binárias.
- 24º** Possui protocolo definido para atendimento integral e humanizado a usuárias(os) socialmente vulneráveis, em condição de rua e outras situações de abandono.

- 25º** Possui protocolo definido para o acolhimento integral e humanizado das(os) acompanhantes em situações que envolvem óbito da(o) usuária(o).
- 26º** Possui protocolo definido para prevenção de risco de suicídio para gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os).
- 27º** Possui protocolo de transporte seguro com planejamento, comunicação, equipe especializada, equipamento e monitorização, que garante a segurança da(o) usuária(o).
- 28º** Define ações para identificação e fluxo seguro na movimentação do binômio mãe-filho.
- 29º** Define ações que garantam o envolvimento materno e da(o) acompanhante nos cuidados com o recém-nascido.
- 30º** Promove reuniões periódicas e oficinas com os gestores(as) e trabalhadoras(es) na unidade acerca da conscientização do papel das(os) mesmas(os) no processo de acolhimento.

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA

Essa diretriz é uma ferramenta teórica e prática que propõe um olhar integrado à atenção e ao cuidado da(o) usuária(o), engajando as(os) trabalhadoras(es) de saúde das mais diferentes especialidades a trabalhar conjuntamente nas decisões clínicas. A principal premissa consiste em construir processos e aplicar recursos que propiciem o enriquecimento dos diagnósticos, abarcando as singularidades e as diferenças das(os) usuárias(os).

Como preconiza a Política Nacional de Humanização a despeito do conceito da diretriz, “para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de ‘igual’, o que ele apresenta de ‘diferente’, de singular” (BRASIL, 2010, p. 56).

Em um modelo tradicional de clínica, o diagnóstico de uma doença é definido por meio de um princípio universal que seja aplicável a todos no tratamento. No entanto, essa padronização é limitante uma vez que não considera as idiosincrasias dos sujeitos. Trazer à tona as especificidades de cada um(a) na análise diagnóstica implica em romper com o paradigma da fragmentação e individualização dos processos de trabalho em prol de um modo de atuação que esteja pautado na colaboração, compartilhamento e transversalidade das ações.

É com esse intuito que a clínica ampliada e compartilhada, a partir de seus eixos fundamentais, intenta valorizar cada matriz disciplinar na abordagem terapêutica, tanto na definição do diagnóstico quanto nas propostas de solução que decorrem no tratamento. As Políticas Nacional e Estadual de Humanização propõem a implementação do Projeto Terapêutico Singular, com o objetivo de assegurar a equanimidade das especialidades de saúde no que tange às decisões relacionadas aos tratamentos dos sujeitos/coletivos, a partir de reuniões sistemáticas envolvendo toda a equipe multiprofissional de referência.

Nesses encontros, busca-se a democratização das opiniões nas discussões coletivas, por meio de um espaço de exercício de reconhecimento da pluralidade para lidar justamente com a alteridade e a singularidade no exercício profissional, nas relações afetivas com a(o) usuária(o) e acompanhantes.

A produção de uma clínica ampliada pressupõe também que a responsabilidade da assistência seja compartilhada por todos os atores sociais envolvidos, considerando o método da tríplice inclusão. A diretriz requer técnicas relacionais que assegurem o viés de partilha e transversalidade nas ações. Uma das iniciativas fundamentais diz respeito

à escuta qualificada que possibilita um clima democrático em que todas(os) tenham espaço para falar e ouvir.

Essa comunicação horizontal se desdobra tanto entre os membros da equipe multiprofissional de referência, como visto no funcionamento do Projeto Terapêutico Singular, quanto entre as(os) profissionais com as(os) usuárias(os) e acompanhantes. Nessa situação, o objetivo do diálogo profícuo é garantir que a(o) usuária(o) se corresponsabilize com a proposta terapêutica.

É urgente a necessidade de participação ativa dos usuários e seus respectivos acompanhantes nos diagnósticos e tratamentos. Como reitera a PNH, “aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual” (BRASIL, 2010, p. 57).

Ademais, é preciso que a comunicação horizontal também implique em uma equipe humanizada de trabalhadoras(es) que tenham responsabilidade total e coletiva de suas funções. O trabalho assistencial não pode ser visto como uma repartição de funções por hiperespecializações, mas, sim, por meio de uma visão sistêmica dos processos da saúde que prioriza estabelecer atuações de forma negociada e colaborativa em que pessoas se responsabilizem por pessoas.

Garantir o afeto significa se implicar, se corresponsabilizar pela atenção e cuidado da(o) outra(o). No que tange à comunicação com a(o) usuária(o), é tarefa da equipe multiprofissional de referência interessar-se para além do diagnóstico científico, mas também pelos aspectos subjetivos, humanos, buscando conhecer o que mais lhe aflige, gera angústia, insegurança e medo. Conforme bem aponta a Política Nacional de Humanização, a doença deve ser compreendida como um desdobramento das correlações “[...] que a(o) usuária(o) estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos” (BRASIL, 2010, p. 60).

O processo de escuta pela equipe multiprofissional de referência perpassa, portanto, o desafio de encontrar as causas por trás dos sintomas apresentados pela(o) usuária(o), a partir de uma percepção ampliada do adoecimento psíquico e físico, visto que a enfermidade pode ser uma consequência de questões pessoais externas que se desdobram no corpo.

Nesse processo de mutualidade das relações humanas dentro do sistema assistencial de saúde na rede pública, é natural que a equipe multiprofissional de referência e as(os) usuárias(os) construam vínculos.

O afeto está intimamente associado ao sentimento de confiança, por isso tal diretriz atenta para a importância de se instituir uma Equipe de Referência e Apoio Matricial que possibilite um apoio cotidiano da equipe multiprofissional de referência as(aos)

usuárias(os) e acompanhantes, visto que as relações que são cultivadas por essa tríade tornam-se cada vez mais singulares à medida que se desenvolve o tratamento clínico, podendo vir a ser um fator essencial para o processo de cura.

Itens de verificação

- 1º Dispõe de uma equipe multiprofissional de referência para garantir o cuidado integral a(ao) usuária(o).
- 2º Possui um fluxo definido para acesso à uma equipe especializada que contribua para a continuidade do cuidado a(ao) usuária(o).
- 3º Planeja a admissão da(o) usuária(o), considerando as condições operacionais e de infraestrutura para garantir a sua segurança.
- 4º Dispõe de protocolo de atendimento aos diagnósticos e patologias de maior prevalência, gravidade e risco da unidade.
- 5º Possui monitoramento dos riscos assistenciais, considerando as características individuais de cada usuária(o), a exemplo das comorbidades, alergias, estados nutricional e psicológico, déficit visual e auditivo, vulnerabilidades físicas como risco de quedas, úlceras por pressão, depressão pós-parto, dentre outros, adotando as medidas preventivas necessárias.
- 6º Define canais de comunicação para registro, divulgação e compartilhamento dos riscos assistenciais da(o) usuária(o), a fim de garantir a segurança da informação entre equipe multiprofissional de referência, usuária(o) e acompanhante.
- 7º Adota o Projeto Terapêutico Singular como instrumento de organização e sistematização do cuidado, envolvendo a equipe multiprofissional de referência e usuária(o).
- 8º Define uma sistemática de acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, estabelecendo metas e propostas junto à equipe multiprofissional de referência.
- 9º Define reuniões periódicas com a equipe multiprofissional de referência

para discutir o Projeto Terapêutico Singular, a fim de garantir o debate coletivo e horizontal sobre as condições da(o) usuária(o).

- 10º** Fomenta a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) a(ao) usuária(o) como recurso terapêutico, visando o cuidado integral e alinhado à medicina convencional.
- 11º** Dispõe de ações que promovem a coparticipação e o engajamento da(o) usuária(o) no seu autocuidado, por meio de rodas de escuta e orientações objetivas da equipe multiprofissional de referência nas visitas ao leito.
- 12º** Dispõe de ações para assegurar que a(o) usuária(o) identifique as(os) profissionais diretamente ligados ao seu cuidado, por meio de dispositivos visuais, a exemplo de crachás, painéis, e/ou outras formas de identificação de fácil percepção.
- 13º** Promove o envolvimento pleno do acompanhante no planejamento e no monitoramento do cuidado da(o) usuária(o) no que tange à prevenção de riscos assistenciais, tais como quedas, alergias, úlceras por pressão, infecções hospitalares, depressão pós-parto, dentre outros.
- 14º** Define reuniões periódicas entre a equipe multiprofissional de referência e acompanhantes, promovendo a integralidade e transparência no processo do cuidado.
- 15º** Monitora os tempos médios de espera e de resposta dos exames/procedimentos realizados das áreas assistenciais com os Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), contribuindo para uma resolutividade ágil e tomadas de decisões assertivas.
- 16º** Disponibiliza informações educativas que orientem usuário e acompanhante, a fim de garantir qualidade e segurança no tratamento (orientações para o aleitamento materno, uso adequado de medicamentos, medidas de prevenção de riscos, etc).
- 17º** Possui um plano de alta elaborado junto à equipe multiprofissional de referência.
- 18º** Orienta a(o) usuária(o) e acompanhante quanto ao plano de alta, a fim de garantir a continuidade do cuidado extra-hospitalar.

- 19º** Possui um sistema de notificação de incidentes/eventos para promover ações corretivas e preventivas.
- 20º** Estabelece um registro legível, seguro e atualizado do prontuário da(o) usuária(o), assegurando a continuidade da assistência.
- 21º** Possui um protocolo multidisciplinar para garantir a cadeia medicamentosa (aquisição, armazenamento, administração e descarte consciente).
- 22º** Possui uma equipe multiprofissional de referência definida para atendimento de usuárias(os) em cuidados paliativos.
- 23º** Possui um protocolo definido de suporte a acompanhantes para casos de usuárias(os) em cuidados paliativos.
- 24º** Estabelece um fluxo que possibilite o apoio psicológico necessário a acompanhantes em situações que envolvem cuidados paliativos e casos de violência ou óbito.
- 25º** Possui um fluxo definido para desospitalização que assegure a continuidade da assistência.

DEFESA DOS DIREITOS DAS USUÁRIAS E DOS USUÁRIOS

É a diretriz que abrange tudo aquilo concernente à atenção e ao cuidado de usuárias(os) e acompanhantes nas unidades de saúde. No Brasil, o ano de 2009 foi um marco fundamental para o sistema de promoção à saúde, seja no âmbito público, seja na esfera privada, com a aprovação da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS), desdobrada na Portaria nº 1.820/2009, que passou a garantir um atendimento digno e humanizado a usuárias(os) e acompanhantes.

O documento oficial comporta sete princípios elementares, no qual os quatro primeiros dizem respeito aos direitos conferidos a toda(o) usuária(o), tais como: 1) o direito a um acesso ordenado ao sistema de saúde; 2) a um tratamento efetivo e adequado; 3) a um atendimento humanizado; e 4) a um acolhimento que respeite as singularidades das(os) usuárias(os).

Os três outros princípios dispostos na Carta estão relacionados: 5) à responsabilidade da(o) usuária(o) pelo seu tratamento e sua recuperação; 6) à divulgação transparente das informações acerca dos serviços de saúde oferecidos; e 7) ao comprometimento das(os) gestoras(es) da saúde para que os princípios anteriores da Carta sejam devidamente cumpridos.

A Defesa dos Direitos das(os) Usuárias(os) é também um aspecto caro às Políticas Nacional e Estadual de Humanização. Na cartilha da Política Nacional de Humanização, uma das frentes abordadas que concerne à diretriz é o dispositivo de humanização da visita aberta, cujo objetivo é assegurar a plena e inclusiva participação das(os) acompanhantes no tratamento da(o) usuária(o). A iniciativa garante o acesso das(os) visitantes às unidades de internação, fortalecendo “o elo entre a(o) paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida da(o) paciente” (BRASIL, 2010, p. 132).

Implantar o modelo de visita aberta na unidade de saúde é romper com uma estrutura de gestão hospitalar autoritária e resistente, pautada em crenças arraigadas, que não compreende a importância da função afetiva de acompanhantes na qualidade de

vida das(os) usuárias(os). Pelo contrário, os veem como elementos externos que “impedem” ou “dificultam” os processos de trabalho.

A inclusão ativa das(os) acompanhantes no projeto terapêutico da(o) usuária(o) não se limita ao apoio emocional que fortalece a autoestima e a confiança das(os) usuárias(os) internadas(os). Eles exercem contribuições indiretas ao tratamento das(os) mesmas(os), conferindo-lhes um papel clínico eficaz e preponderante.

A Política Nacional de Humanização elenca desdobramentos positivos com a implantação do dispositivo de humanização da visita aberta. Dentre elas, destacam-se:

Favorecem uma continuidade entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar, para que o doente não desenvolva o sentimento de ter sido arrancado de sua vida cotidiana.

Dão expressão vital a essa continuidade, trazendo o cheiro dos territórios afetivos para dentro do hospital, de modo a atestar o respeito da instituição à continuidade da vida das pessoas internadas.

Criam, com a presença da comunidade no seio do hospital, as condições propícias para a expressão do autêntico da vida da pessoa internada.

Trazem a noção de que reconhecer a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural constitui a base para a sua corresponsabilização pelas condutas terapêuticas (BRASIL, 2010, p. 134).

Com a presença das(os) acompanhantes, a equipe multiprofissional de referência ganha um suporte na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, pois o vínculo afetivo desse grupo de apoio pode resultar na identificação de necessidades específicas das(os) usuárias(os) que somente elas(es) possuem o conhecimento. Como reitera a Política Nacional de Humanização, “não existe melhor monitor que o acompanhante atento” (BRASIL, 2010, p. 133).

Além da visita aberta, outra medida de extrema relevância relacionada à diretriz está evidenciada nas premissas contidas no 4º artigo da Carta dos Direitos das(os) Usuárias(os) de Saúde, que se referem ao direito da(o) usuária(o) por um atendimento humanizado. Nesse item, o documento afirma que é inelutável a unidade de saúde propiciar um acolhimento destituído de quaisquer formas de discriminação (social, racial, étnica, etária, física, religiosa, cultural, sexual, de gênero, entre outras).

É direito da(o) usuária(o) que ela(e) receba, por exemplo, a visita de religiosos de qualquer credo para conferir-lhe apoio no tratamento e recuperação; que tenha a garantia do uso do nome social de sua preferência no documento de identificação; que seja respeitada(o) de acordo com seus valores éticos, culturais e religiosos nos diferentes serviços de saúde oferecidos pela unidade; e que receba informações de possibilidades terapêuticas alternativas ao seu tratamento.

Outro aspecto relevante dos direitos das(os) usuárias(os) se relaciona ao seu direito de escuta e informação. É dever da unidade de saúde implementar ações de comunicação que garantem a transparência do funcionamento dos serviços, esclarecendo os endereços, contatos, expedientes, nomes das(os) profissionais de saúde e de trabalhadoras(es) responsáveis pelos serviços, etc.

Ainda no que tange à escuta, a implementação do serviço de ouvidoria, de grupos focais e de pesquisas de satisfação são fundamentais para solucionar fragilidades advindas das reclamações, denúncias e solicitações das(os) usuárias(os) acerca dos processos de produção da saúde na unidade. Além disso, tais sistemas de escuta qualificada podem contribuir para que a gestão reveja seus processos e, dessa forma, se antecipe e evite o que não está alinhado.

É importante ressaltar que esse dispositivo de humanização de escuta qualificada não pode ser feito através de uma “gestão de retrovisor”, ou seja, servindo apenas como um repositório de queixas de eventos já ocorridos, mas, sim, como uma plataforma capaz de viabilizar a garantia do acesso à saúde – direito fundamental de todas(os) as(os) cidadãs(ãos) – bem como evidenciar os problemas e propor mudanças à gestão.

Itens de verificação

- 1º** Dispõe da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, publicada em 2017, contendo os direitos das(os) usuárias(os), e que seja de fácil acesso para consulta.
- 2º** Assegura um atendimento humanizado, respeitoso e acolhedor que considere os valores culturais e sociais, bem como as singularidades de cada usuária(o) durante todo o seu período de permanência na unidade de saúde, sobretudo no que diz respeito à atenção e ao cuidado a populações histórica e socialmente discriminadas, a exemplo das travestis, pessoas trans e não-binárias.

- 3º Informa a(o) usuária(o) acerca de seu estado de saúde de forma transparente, respeitosa e compreensível a respeito dos diagnósticos possíveis e confirmados dos tipos, riscos, das justificativas dos exames solicitados e das anestésias, dos resultados dos exames, das opções, durações, benefícios dos procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos, entre outros esclarecimentos.
- 4º Garante a dispensação das dietas nutricionais a(ao) usuária(o) em situações especiais, com cardápios e horários flexibilizados.
- 5º Garante o direito da(o) usuária(o) de receber receitas e prescrições terapêuticas do tratamento de forma objetiva, clara e legível (nome genérico das substâncias, modo de usar, nome da(o) profissional responsável e número do registro no conselho).
- 6º Garante o direito ao acesso do prontuário atualizado e legível pela(o) usuária(o) ou por quem ela(ele) autorizar, bem como o direito à privacidade das informações contidas.
- 7º Adota a visita aberta como dispositivo de humanização que assegura uma participação mais efetiva e inclusiva das(os) acompanhantes no cuidado da(o) usuária(o) internado.
- 8º Garante o direito da(o) usuária(o) a acompanhante nos casos de internação, de situações previstas em lei e nos casos que demandem atenção específica.
- 9º Estabelece ações para flexibilizar os horários de acompanhantes para unidades restritas.
- 10º Estabelece ações para flexibilizar o número de acompanhantes na visita aberta em casos especiais como eventos culturais e religiosos.
- 11º Dispõe de um fluxo definido para informar a(o) usuária(o) e acompanhante acerca dos exames e procedimentos cancelados, desmarcados ou reagendados.
- 12º Possui um fluxo que garante a presença de acompanhante no processo de parto, com o objetivo de apoiar e encorajar a usuária grávida internada.
- 13º Dispõe de alojamento conjunto compatível com a capacidade de realização dos partos.

- 14º** Possui banco de aleitamento materno e/ou posto de coleta de leite humano instalado na maternidade.
- 15º** Dispõe de um projeto implementado de atendimento escolar para crianças e adolescentes em longo período de internação.
- 16º** Implementa atividades lúdicas, recreativas e ocupacionais com participação externa de grupos sociais/voluntários, visando a promoção à saúde, educação, lazer e cultura.
- 17º** Possui um dispositivo no leito contendo informações como: identificação da(o) usuária(o), a equipe multiprofissional de referência responsável, as alergias e os riscos assistenciais.
- 18º** Dispõe de um serviço de ouvidoria SUS capaz de acolher reclamações, denúncias, solicitações, sugestões, elogios e informações relatadas pelas(os) gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), assegurando o direito de todas(os) participarem da gestão da política pública, por meio do acesso a informações em saúde, bem como do exercício desse direito.
- 19º** Dispõe de uma pesquisa de satisfação para usuárias(os) e acompanhantes.
- 20º** Monitora os resultados das pesquisas de satisfação, a fim de implementar melhorias nos processos e serviços dentro do alcance da unidade de saúde.
- 21º** Possui um mecanismo de divulgação nos espaços físicos da unidade de saúde dos indicadores de resultados assistenciais e administrativos com suas respectivas evidências de melhoria/evolução.

AMBIÊNCIA

A ambiência se articula como diretriz da Política Nacional de Humanização, ao promover o acolhimento de todos os atores envolvidos cotidianamente na unidade de saúde em importantes aspectos relacionados ao bem-estar humano. Compreende o espaço físico como um território que ampara as qualidades subjetivas dos indivíduos, bem como as suas relações interpessoais, e ainda assegura um local seguro e esteticamente apazível, harmônico.

O espaço aqui é entendido como “um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona. É um território que se experimenta, que se reinventa e que se produz” (BRASIL, 2010, p. 82). Essa versatilidade da ambiência, apontada pela Política Nacional de Humanização, ratifica que o processo se encarrega de ir além de uma organização física e estética, mas esteja também diretamente associada à produção de novas subjetividades.

Diante dessa perspectiva ampla, a cartilha da Política Nacional de Humanização elenca a ambiência em três eixos de contemplação. O primeiro diz respeito a assegurar o conforto e a privacidade das(os) usuárias(os) e trabalhadoras(es) no que tange à adequação funcional devida dos espaços físicos. Para atingir esse objetivo, pressupõe-se um enriquecimento ambiental que envolva a valorização de elementos sensoriais como a visão (iluminação natural e artificial), audição (controle de ruídos) e olfato (odores agradáveis).

Essa estimulação da percepção ambiental visa garantir harmonia, equilíbrio, conforto e privacidade às estruturas das unidades, desestigmatizando os locais que promovem serviços de saúde como espaços hostis, frios, responsáveis por gerar medo, tensão e desconforto aos sujeitos.

No que tange a esse primeiro eixo, a concentração dos esforços no aprimoramento estético e funcional dos espaços físicos também contribui para a afirmação dos valores culturais das(os) usuárias(os) desde que sejam implementadas medidas para isso, através, por exemplo, da inclusão e fixação de trabalhos artísticos coproduzidos pelas(os) gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os).

É importante reiterar que a ambiência não se limita ao aprimoramento da estética física, isto é, à garantia de um visual das estruturas que promova sensações de harmonia e bem-estar. A ambiência também concerne ao espaço visto como encontro de sujeitos por intermédio da implementação de áreas multifuncionais que estimulem a interação das equipes de trabalho no cotidiano das práticas.

Esses espaços vivenciais surgem como uma oportunidade para novas reflexões

dos atores, estimulando-os a rever, inclusive, seus modos de atuação individuais e coletivos. A ambiência, portanto, deve ser vista como uma diretriz que propicia um processo de mudança também no comportamento.

O terceiro eixo consiste nos espaços sendo utilizados como ferramentas que dialogam e facilitam os processos de trabalho, além de otimizarem os recursos. Nesse aspecto, a ambiência tem uma função essencial na “garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar e prevenção de acidentes biológicos, se constituindo em um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia” (BRASIL, 2010, p. 125).

A ambiência, portanto, é uma diretriz que transversaliza as demais diretrizes preconizadas pelas Políticas Nacional e Estadual de Humanização, com o objetivo de, tanto assegurar a humanização dos processos e serviços ligados à rede pública de saúde, quanto gerar o acolhimento necessário aos sujeitos envolvidos cotidianamente por meio do cuidado físico com os ambientes.

Itens de verificação

- 1º Dispõe de uma infraestrutura com estímulos visuais, olfativos e auditivos (sons e odores agradáveis, espaços coloridos e artísticos) que promova conforto, harmonia e equilíbrio as(aos) trabalhadoras(es), usuárias(os) e acompanhantes.
- 2º Possui áreas de recepção com espaço físico adequado, incluindo assentos confortáveis e em número suficiente para a acomodação das(os) usuárias(os) e acompanhantes.
- 3º Dispõe de ações que garantam a facilitação física e a acessibilidade para as pessoas com deficiência.
- 4º Implementa ações para otimizar espaços e processos de trabalho, considerando a experiência prática e o conhecimento vivencial das(os) trabalhadoras(es) e usuárias(os).
- 5º Possui áreas externas multifuncionais com ventilação natural, jardins, bancos para repouso e espaço suficiente para caminhadas e banhos de sol.
- 6º Dispõe de espaços internos com entrada de luz natural que permitem a noção de tempo (dia, noite, chuva e sol), promovem o bem-estar e contribuem para o acolhimento das(os) usuárias(os).

- 7º** Possui iluminação artificial apropriada nas infraestruturas para favorecer o exercício operacional da unidade de saúde.
- 8º** Dispõe de uma comunicação visual de acordo com o que está preconizado no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), com sinalização e identificação clara dos espaços.
- 9º** Dispõe de um sistema de comunicação visual adequado, com sinalização de placas identificando os ambientes, visando facilitar o fluxo na unidade de saúde.
- 10º** Dispõe de um sistema de comunicação visual adequado com sinalização de placas para rotas de fuga.
- 11º** Dispõe de uma sistemática de controle e orientação para a circulação de pessoas na unidade de saúde.
- 12º** Possui uma sistemática de controle de acesso direcionada à circulação de pessoas nas áreas críticas da unidade de saúde.
- 13º** Dispõe de infraestrutura, com mobiliários suficientes e confortáveis, e ações que promovam entretenimento, a fim de garantir qualidade na permanência de acompanhante durante as visitas.
- 14º** Dispõe de um espaço reservado e/ou recursos materiais (barreiras físicas, biombos, divisórias, cortinas, dentre outros) que asseguram a privacidade visual e auditiva nos atendimentos e a confidencialidade de informações.
- 15º** Dispõe de salas de atendimento e consultórios com estruturas confortáveis e harmoniosas que garantam segurança, bem-estar e conforto.
- 16º** Dispõe de espaço reservado para acolhimento das mães de recém-nascidas(os) e que não desejam se ausentar da unidade de saúde logo após o parto.
- 17º** Dispõe de um necrotério com ações voltadas à humanização que garantem um ambiente acolhedor, higienizado e confortável.
- 18º** Possui instalações de banheiros adequadas com sistema constante de higienização.
- 19º** Possui refeitório estruturado e acolhedor, com ações que incentivem a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida.

- 20º** Possui um sistema periódico de inspeção e manutenção das instalações, com evidência de ações de melhoria, para fornecer ambientes seguros e acolhedores.
- 21º** Possui um sistema de manutenção preventivo e corretivo dos mobiliários.
- 22º** Possui um sistema de manutenção preventivo e corretivo dos equipamentos médicos hospitalares.
- 23º** Realiza uma manutenção periódica dos bebedouros para assegurar a disponibilidade constante de água potável na unidade de saúde.
- 24º** Dispõe de dispositivos com álcool gel nas instalações que operem de forma eficiente e eficaz, e que possua um sistema de reposição constante.
- 25º** Garante a higienização adequada dos equipamentos, mobiliários, áreas comuns (refeitórios, copas, salas de espera, corredores, banheiros, entre outras) e demais estruturas físicas para promover a sensação de bem-estar, acolhimento e limpeza.
- 26º** Possui espaços físicos reservados as(aos) usuárias(os) para a promoção de atividades recreativas, de lazer e entretenimento, como brinquedotecas, salas de vídeo e bibliotecas.
- 27º** Dispõe de espaços multifuncionais destinado a reuniões, palestras, oficinas, comemorações especiais, entre outras atividades/eventos que promovam um ambiente propício para troca de reflexões, favorecendo a interação entre as pessoas.
- 28º** Dispõe de espaços de apoio e descanso para as(os) trabalhadoras(es), como copa e ambiente de estar.
- 29º** Dispõe de vestuário confortável as(aos) trabalhadoras(es) que garante privacidade.
- 30º** Dispõe de espaço físico para guarda de pertences das(os) usuárias(os), acompanhantes e trabalhadoras(es).
- 31º** Dispõe de locais com infraestrutura e disponibilização de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), de acordo com as normas de segurança e higiene contempladas nas legislações.

- 
- 32º** Fornece a quantidade suficiente e adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) as(aos) trabalhadoras(es).
 - 33º** Dispõe de critérios para garantir o fluxo seguro e as precauções necessárias de usuárias(os) em situação de isolamento.
 - 34º** Cumpre as determinações do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS).
 - 35º** Dispõe de iniciativas para sensibilizar e capacitar as(os) trabalhadoras(es) a operar adequadamente equipamentos médicos hospitalares e mobiliários, a fim de manter o bom funcionamento das instalações.

GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

É a diretriz que propõe uma reestruturação nos modos de gerir e de cuidar, ao pautar-se por políticas de atuação mais democratizadas. O objetivo central consiste em integrar novos atores nas tomadas de decisão dos processos e práticas direcionados à saúde nas instituições da rede pública.

A gestão participativa e cogestão trazem à tona a importância de pensar no cuidado a partir da corresponsabilização, da troca genuína e horizontal de comunicação entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os) das unidades que pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A composição dessa tríade de atores propicia uma gestão compartilhada baseada em um alinhamento ético e aberta constantemente ao diálogo, com vistas a agir coletivamente em prol de mudanças nas práticas de trabalho. Para que haja um real envolvimento de todos os níveis de gestão à assistência, em um pacto de corresponsabilidade, todas(os) as(os) trabalhadoras(es) devem se sentir contemplados nos processos de produção.

Ao conceituar a cogestão em sua cartilha, a Política Nacional de Humanização atenta para “um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2010, p. 25).

Assegurar uma coparticipação nas decisões políticas garante a horizontalidade na execução das ações, ao desmistificar crenças incutidas em modelos de gestão inspirados na centralização de ações e na inflexibilidade de decisões. Uma gestão compartilhada em que todos os atores se veem corresponsáveis pelas decisões conjunturais torna-se uma gestão verdadeiramente democratizada.

A inclusão de novos sujeitos ativamente responsivos requer a formalização de medidas preconizadas pelas Políticas Nacional e Estadual de Humanização que viabilizem a prática desse novo modelo de gestão. Para esse fim, torna-se preponderante a promoção contínua de espaços coletivos que propiciem a confluência de acordos entre usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es) para tomadas de decisões coletivas, bem como a implementação de mecanismos específicos que garantem a participação ativa, sobretudo, das(os) usuárias(os) e acompanhantes no cotidiano das unidades de saúde.

Não obstante, é fundamental garantir a existência de uma sistemática de acompanhamento da gestão da unidade que abarque as iniciativas coletivas e vise a efetivação de uma cogestão baseada na horizontalidade, saindo da lógica de gestão entre pares. A promoção e utilização desses espaços coletivos fomenta o sentimento de pertencimento e de compromisso com a instituição desde as(os) integrantes da alta gestão, demais lideranças, as(aos) trabalhadoras(es) da “linha de frente”, isto é, os que atuam no atendimento da unidade de saúde.

A falta de uma proposição inclusiva de gestão acarreta consequências que podem comprometer a qualidade dos serviços oferecidos à medida que as(os) trabalhadoras(es) sentem-se desmotivadas(os) e as(os) usuárias(os) apartados dos processos de produção de saúde.

O caráter inclusivo e democrático da gestão participativa possibilita uma rede de atuação verdadeiramente interativa, ao amparar e estimular todos os atores dos processos, entendendo que a diversidade das percepções é parte fundamental para o desenvolvimento da unidade de saúde em seus variados desafios.

Nesse exercício de alteridade, isto é, de reconhecimento das diferenças, as unidades de saúde são estimuladas a instituírem espaços coletivos para pactuar interesses, lidar com os conflitos naturais de uma gestão compartilhada e não evitá-los.

Esse modelo de administração transversal, pautado no pensar e no fazer coletivos, garante que o protagonismo não seja exercido por poucas(os), mas por um conjunto ampliado de atores que estão envolvidos no cotidiano da unidade. Para que todas(os) sejam contempladas(os) e reconhecidas(os) como autênticas(os) gestoras(es) de seus processos de trabalho, é preciso, de fato, reinventar estruturalmente o modelo de governabilidade.

As proposições envolvem implementações de dispositivos nas unidades, bem como a comprovação de suas respectivas efetividades; de políticas que garantem a participação ativa tanto de gestoras(es) e trabalhadoras(es) quanto das(os) usuárias(os) e acompanhantes recepcionadas(os); de uma comunicação institucional fundamentada na transparência e horizontalidade na capilarização das informações, com o intuito de uniformizar uma cultura organizacional; entre outras iniciativas substanciais para a aquisição do selo de humanização.

Itens de verificação

- 1º Possui um colegiado gestor implementado com metodologia e plano de trabalho definidos.
- 2º Possui um planejamento anual para o desenvolvimento das Políticas Nacional e Estadual de Humanização, aprovado pelo colegiado gestor, que contemple as prioridades, os investimentos necessários e as soluções para imprevistos/conflitos.
- 3º Possui uma sistemática de acompanhamento e desenvolvimento do planejamento anual pelo colegiado gestor com o objetivo de orientar a realização, o monitoramento e a avaliação das ações de humanização, devendo reunir-se ordinariamente, pelo menos, uma vez ao mês e, extraordinariamente, quando houver necessidade.
- 4º Possui os indicadores, definidos pelo colegiado gestor, para acompanhar o desenvolvimento das diretrizes preconizadas nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização, e instituir ações para melhoria dos resultados.
- 5º Dispõe do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a fim de instituir ações para a promoção da segurança da(o) usuária(o) e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, com evidência de desenvolvimento de ações de promoção à saúde.
- 6º Dispõe de um planejamento de ações do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com reuniões periódicas para acompanhamento, a fim de garantir o desenvolvimento dos princípios e diretrizes estabelecidos pelas Políticas Nacional e Estadual de Humanização.
- 7º Assegura a participação regular do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) no Fórum de Apoiadoras(es) da Gestão e da Humanização do Trabalho na Saúde (FAGHTS).
- 8º Dispõe do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES), a fim de garantir a formulação, planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das ações referentes à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, orientadas pela Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES).

- 9º** Dispõe de uma comissão de avaliação de desempenho das(os) trabalhadoras(es) na unidade de saúde.
- 10º** Define políticas, protocolos e linhas de cuidado, utilizando uma metodologia que envolva a coparticipação de gestoras(es) e representantes das(os) trabalhadoras(es).
- 11º** Promove reuniões periódicas com a participação do colegiado gestor junto ao Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (SIAS), à Comissão Local de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CLST) e ao Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES), a fim de acompanhar as ações dos respectivos planos.
- 12º** Estabelece uma sistemática de acompanhamento das ações de humanização das(os) terceirizados referente ao cumprimento das Políticas Nacional e Estadual de Humanização.
- 13º** Estabelece um plano de comunicação institucional para todas(os) gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), a fim de assegurar a capilarização dos projetos e resultados da unidade de saúde.
- 14º** Assegura o cumprimento do Estatuto das(os) Servidoras(es) Públicos Civis do Estado da Bahia (Lei Estadual 6.677/94), referente aos direitos e deveres do trabalhador(a).
- 15º** Dispõe de um espaço coletivo entre gestoras(es) e trabalhadoras(es) destinado a tratar sistematicamente as necessidades e promover ações de melhoria nas relações de trabalho.
- 16º** Dispõe de um espaço coletivo entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os), promovendo maior interação e melhoria contínua da gestão do cuidado.
- 17º** Define um fluxo para discussão de dilemas éticos de situações que envolvem usuárias(os) e trabalhadoras(es).
- 18º** Garante o funcionamento da Ouvidoria SUS, assegurando a escuta qualificada, a privacidade e a confidencialidade das reclamações, denúncias, solicitações, sugestões, elogios e demais informações relatadas pelos gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os).

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora compreende tudo que envolve a(o) trabalhador(a) na unidade para o consequente exercício de suas funções, desde os direitos fundamentais que preveem a sua segurança, saúde física e mental, seus processos educativos e de qualificação, ao entendimento de seu papel como um ser social atuante, agente e produtor dos modos de produção dos sistemas de saúde.

No que tange à saúde física e mental, não há como pensar nessa diretriz sem levar em conta as preconizações instituídas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST), lançado em 2014, com o intuito de promover e proteger a saúde das(os) servidoras(es) públicos, sendo operacionalizado pelo Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (SIAST) ou pela(o) Trabalhador(a) de Referência do PAIST eleito.

Tendo como premissa uma política descentralizada, o SIAST é composto por um núcleo de trabalhadoras(es) das próprias unidades de saúde que, empiricamente, vivem a realidade do cotidiano e, em decorrência de suas posições, podem ter uma participação ativa e eficaz, apontando melhorias nos processos com estratégias mais adequadas, a fim de superar as vulnerabilidades e riscos.

Para oferecer a melhor qualidade de vida à trabalhadora e ao trabalhador, o PAIST define eixos de ação por meio do SIAST ou das ações promovidas pela(o) Trabalhador(a) de Referência. Uma delas se refere à assistência à saúde e segurança das(os) trabalhadoras(es), sobretudo, as(aos) que são acometidas(os) por acidentes ou doenças do trabalho.

Nesse pilar, compreende-se uma série de requisitos: a avaliação detida do perfil de saúde das(os) trabalhadoras(es); a realização de exames periódicos com acompanhamento dos resultados; o cuidado durante o tratamento e a reintegração das(os) que estão em processo de readaptação funcional; a comunicação transparente acerca da condição clínica e dos meios para a prevenção de riscos; inspeções periódicas dos ambientes de trabalho; entre outras medidas.

Essas e outras preconizações definidas pelo PAIST fortalecem o novo paradigma acerca do papel do trabalhador e da trabalhadora na unidade de saúde. Para além de

funções meramente técnicas, eles devem ser vistos como propulsores sociais determinantes, peças fundamentais para a criação de uma cultura de atendimento mais humanizada a(ao) usuária(o).

Ao garantir plenamente os direitos e deveres das(os) trabalhadoras(es), reconhecendo-as(os) como sujeitos dotados de subjetividade, de singularidades, as(os) usuárias(os) são também reconhecidos como seres humanos integrais e possuidores de direitos dentro do modelo assistencial público.

No que tange à formação, capacitação e qualificação, essa diretriz implica em garantir uma Educação Permanente em Saúde as(aos) trabalhadoras(es), a partir de um conjunto de medidas que elevem a classe para um novo olhar acerca de suas condições sociais e políticas dentro da unidade de saúde. As(os) trabalhadoras(es) são protagonistas e devem ser vistos como agentes transformadores da realidade.

Com esse intuito, a diretriz atenta para a necessidade de promover sistematicamente atividades educativas com rodas de conversa em sessões temáticas, articular eventos como cursos, fóruns, palestras, *workshops* e seminários. Não obstante, um dos dispositivos de humanização elencados na cartilha da Política Nacional de Humanização é o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), pautado por uma pedagogia do “aprender-fazendo”, no qual compreende-se a(o) trabalhador(a) como um(a) agente multiplicador(a) e corresponsável pelas ações e práticas da unidade na tessitura de seus processos.

No fazer-aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e aquelas que promovem a saúde. Trata-se de criar, pela prática do *tateio*, da experimentação, de pôr em xeque as formas já dadas (BRASIL, 2010, p. 97).

A Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) configura-se como o dispositivo de humanização responsável por reunir um grupo de trabalhadoras(es) da unidade junto as(aos) apoiadoras(es) e consultoras(es) da Política Nacional de Humanização, com vistas a promover um diálogo profícuo, mas, sobretudo, ampliado, ao abarcar diferentes saberes direcionados a solucionar os desafios.

Nesse novo tipo de relação que se estabelece entre as(os) trabalhadoras(es) e os espaços de trabalho, é fundamental também a implementação de coletivos e fóruns organizados dentro da unidade de saúde, como o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e do Comitê Técnico de Humanização (CTH) – outros dois dispositivos de humanização – ao viabilizarem a participação ativa e sistemática de trabalhadoras(es) no modelo de cogestão.

Itens de verificação

- 1º Dispõe de um programa de valorização e reconhecimento da(o) trabalhadora(a) articulado pelo colegiado gestor da unidade de saúde, alinhado ao Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES).
- 2º Dispõe do Serviço Integrado de Atenção à Saúde da(o) Trabalhadora(a) (SIAST) ou define um(a) Trabalhadora(a) de Referência, em conformidade com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST).
- 3º Dispõe da Comissão Local de Saúde da(o) Trabalhadora(a) (CLST), em conformidade com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST), com reuniões mensais para acompanhamento das ações.
- 4º Dispõe de um planejamento geral com ações de promoção à saúde e atenção da(o) trabalhadora(a), em consonância com as definições do manual do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST).
- 5º Garante a humanização dos atendimentos individuais ou realizados de forma interdisciplinar pelo Serviço Integrado de Atenção à Saúde da(o) Trabalhadora(a) (SIAST), envolvendo a equipe multiprofissional de referência.
- 6º Dispõe de uma proposta estratégica de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada para formação, capacitação e qualificação da(o) trabalhadora(a), com ênfase em aprimorar competências técnicas e comportamentais necessárias para desenvolver políticas de humanização.
- 7º Dispõe de um plano para assegurar o desenvolvimento de ações relativas à promoção da saúde da(o) trabalhadora(a) e à prevenção de risco de doenças relacionadas ao trabalho.
- 8º Dispõe de ações para acolher, acompanhar e encaminhar casos de trabalhadoras(es) que sofrem de doenças osteomusculares complexas decorrentes do ambiente de trabalho.
- 9º Dispõe de um programa de integração para trabalhadoras(es) acometidas(os) por acidente de trabalho e em processo de readaptação funcional.
- 10º Implementa iniciativas de promoção à saúde mental e emocional da(o) trabalhadora(a) para gerenciar os riscos de fadiga e estresse.

- 11º** Possui um programa para reconhecer as contribuições das(os) gestoras(es) e trabalhadoras(es).
- 12º** Garante o registro e o acompanhamento da segurança e da saúde ocupacional da(o) trabalhador(a).
- 13º** Dispõe de uma sistemática de notificação, acompanhamento e tratativa de agravos da saúde da(o) trabalhador(a).
- 14º** Estabelece uma sistemática de acompanhamento dos indicadores de avaliação relativos à saúde e valorização da(o) trabalhador(a).
- 15º** Dispõe de um programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) que contemple ações de humanização, com o intuito de integrar e capacitar as(os) novas(os) trabalhadoras(es) da unidade.
- 16º** Possui ações direcionadas a valorizar e reconhecer as(os) trabalhadoras(es) com a promoção de datas festivas, aniversários, rodas de conversa, dentre outras iniciativas.
- 17º** Possui uma pesquisa ou um método estruturado destinado a(ao) trabalhador(a) para avaliação do ambiente de trabalho, com o intuito de apoiar no desenvolvimento de ações de melhoria e inovação.
- 18º** Dispõe de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) destinadas a(ao) trabalhador(a) com o intuito de promover a sua qualidade de vida.
- 19º** Dispõe de ações e medidas para o combate à violência institucional, como situações de assédio moral que culminam em danos físicos e psicológicos a(ao) trabalhador(a).
- 20º** Dispõe de ações e medidas para promover uma cultura de paz no ambiente de trabalho que assegure as múltiplas dimensões dos direitos humanos na unidade de saúde: justiça social, igualdade entre os gêneros, tolerância racial, religiosa, cultural e política, respeito às minorias, entre outras condições que conferem dignidade humana.
- 21º** Promove rodas de conversa de trabalhadoras(es), ao reconhecê-los como agentes multiplicadores, protagonistas e corresponsáveis pelas ações e práticas nos processos de trabalho.

GLOSSÁRIO

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

Protocolo que define um critério de priorização da atenção a partir do agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não pela ordem de chegada da(o) usuária(o) à rede. Realizado por profissional da saúde, ao utilizar protocolos técnicos para identificar as(os) usuárias(os) que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, e providenciando, de forma ágil, o atendimento adequado.

Alteridade

Refere-se à experiência internalizada da existência da(o) outra(o) como um sujeito igualmente copresente no mundo das relações intersubjetivas. O ser humano é um ser relacional que se constitui com e a partir da(o) outra(o). Alteridade é a capacidade do sujeito de se posicionar empaticamente no lugar desse outro, compreendendo suas diferenças, diversidades e singularidades.

Apoio Matricial

Rede de integração de serviços e práticas de saúde articulada para a resolutividade de problemas, no qual determinado profissional oferece apoio a outras especialidades. Tem, portanto, o objetivo de oferecer um esquema de produção de trabalho mais cooperativo, no qual as(os) profissionais criam vínculos e formam redes de apoio com outros profissionais, equipes e setores.

Avaliação de desempenho

Avaliação de desempenho é um instrumento de gestão importante para medir o desempenho individual e organizacional, configurando-se como um processo estratégico da gestão de pessoas. Por meio da avaliação de desempenho, é possível diagnosticar os pontos fortes e fracos da instituição e propor políticas eficientes de gestão de pessoas para alcançar os objetivos organizacionais (GUIMARÃES et al., 1998, p. 50; DUTRA, 2004).

As avaliações de desempenho são utilizadas para diversos fins: como requisito para aprovação no estágio probatório; como base para concessão de gratificação; e como subsídio para aplicação das políticas de gestão de pessoas (RÊGO, 2013).

Cadeia medicamentosa

É o conjunto de iniciativas direcionadas à assistência medicamentosa, no que tange à avaliação, prescrição, preparo, administração, armazenamento e descarte dos medicamentos, bem como no que se refere ao monitoramento necessário para garantir a segurança do cuidado.

Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, e adaptada para uma nova versão em 2017. É um documento oficial que garante o acesso universal e igualitário a(ao) usuária(o), bem como assegura as ações e os serviços de promoção e proteção da saúde. A carta é composta por sete diretrizes: Direito à Saúde, Tratamento Adequado, Atendimento Humanizado, Direitos, Corresponsabilidade, Direito à Informação, Participação.

Colegiado gestor

Espaço coletivo deliberativo composto por gestoras(es) e/ou representantes, cuja finalidade é a elaboração do projeto de ação da unidade de saúde, atuando no processo de trabalho, ao responsabilizar as(os) envolvidas(os), acolher as(os) usuárias(os), criar e avaliar os indicadores, bem como sugerir e elaborar propostas. Em um modelo de gestão participativa, o colegiado gestor garante a lateralidade e horizontalidade no compartilhamento do poder, a coanálise, codecisão e coavaliação em um modelo de tríplice inclusão entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os).

Conformidade/Não conformidade

Atender ou não atender a um requisito estabelecido. No caso deste manual técnico, se contempla ou não os itens de verificação elencados nos padrões (diretrizes) definidos como critérios de avaliação deste documento.

Diretriz

Comporta as orientações gerais de determinada política. No caso da Política Nacional de Humanização (PNH), a diretriz traz importantes recomendações clínicas, éticas e políticas. Neste manual técnico, foram escolhidas seis das oito diretrizes presentes na PNH para serem utilizadas no processo de avaliação do Selo de Humanização. São elas: Acolhimento, Clínica Ampliada e Compartilhada, Defesa dos Direitos das(os) Usuárias(os), Gestão Participativa e Cogestão, e Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora.

Dispositivo

Instrumentos capazes de dar início ou de disparar processos. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos a serem implementados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

Educação Permanente em Saúde

As ações de Educação Permanente em Saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando a produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Articula-se ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização.

Eficácia/eficiência

A eficácia refere-se à produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. Já eficiência direciona-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar maior impacto nos indicadores sanitários.

Equidade

No âmbito da saúde, o termo refere-se aos meios necessários para se alcançar a igualdade, no que tange à ideia de justiça social, isto é, as condições mínimas para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos e a autonomia para fazer escolhas.

Equipamento de Proteção Coletiva (EPC)

Equipamentos que devem ser fornecidos pela unidade de saúde com o objetivo de proteger as(os) trabalhadoras(es) dos riscos oriundos do ambiente de trabalho, de maneira coletiva.

Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Todo dispositivo ou produto de uso individual e adequado utilizado pela(o) trabalhador(a), com o objetivo de proteger dos riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

Equipamentos médicos hospitalares

São os aparelhos utilizados para fins médicos, odontológicos, laboratoriais ou fisioterápicos. Considera-se equipamento médico hospitalar desde os aparelhos para exame de ultrassonografia, tomografia, mamografia, eletrocardiograma a equipamentos como mesas cirúrgicas, macas, camas hospitalares, cadeiras de rodas. São aparelhos utilizados não apenas por médicas(os), mas por todas(os) profissionais ligados à saúde.

Equipe multiprofissional de referência

Grupo constitutivo de profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), que comungam do mesmo espaço de trabalho ou especialidade, e se estabelecem como uma equipe de referência para as(os) usuárias(os) do serviço de saúde. Busca-se a democratização das opiniões nas discussões coletivas entre as(os) especialistas da equipe multiprofissional, com vistas a garantir um cuidado ampliado a(ao) usuária(o) durante seu período de permanência.

Hiperespecialização

Conceito sociologicamente empregado pelo sociólogo francês Edgar Morin (1999), no qual refere-se à excessiva especialização das profissões de trabalho e dos modelos educacionais na contemporaneidade. Segundo Morin, a hiperespecialização fragmenta o conhecimento, impedindo a compreensão da realidade de forma sistêmica e integral.

Modelo de gestão

Conjunto de estratégias definido pelas(os) gestoras(es), que sistematiza ações para cumprir um propósito, alcançando determinados objetivos e resultados positivos.

Monitoramento de riscos

Etapa sistemática do processo de gerenciamento de riscos que contém, além do monitoramento, a identificação, avaliação e tratamento dos riscos clínicos, administrativos, operacionais, sociais, financeiros, ambientais, legais e relacionados à reputação, com vistas a tomar medidas para prevenir, reduzir e/ou minimizar impactos negativos que possam prejudicar a unidade de saúde.

Nome social

Nome social é o nome escolhido por uma pessoa em contraste com o nome civil oficialmente registrado no cartório. Em âmbito federal, o Decreto Presidencial nº 8.727 reconheceu o uso do nome social para órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. A identidade do nome social é vinculada com a identidade civil original.

Ouvidoria

Canal democrático de participação e articulação entre a(o) cidadã(o) e a gestão pública da saúde, responsável por acolher as demandas de trabalhadoras(es), usuárias(os) e gestoras(es) (reclamações, denúncias, solicitações, sugestões, elogios e informações), cujo papel é garantir o acesso à saúde, assegurando a privacidade e a confidencialidade das informações, por meio de uma escuta qualificada. É uma ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social, na medida em que possibilita, a partir das demandas acolhidas, a participação de usuárias(os) e trabalhadoras(es) na gestão de políticas públicas e, ao mesmo tempo, permite a adoção de medidas cabíveis pela gestão na prestação do serviço público. Configura-se como um dispositivo de humanização, uma vez que abre espaço para a discussão dos processos de trabalho.

Plano de ação

Conjunto documentado de ações a serem feitas para atingir um objetivo. No caso deste Manual Técnico do Selo Estadual de Humanização, o plano de ação é necessário para que a unidade de saúde cumpra com os itens de verificação e conquiste o reconhecimento.

Política

No âmbito da saúde, configura-se como um conjunto de princípios, diretrizes, métodos e dispositivos, alinhado à ética e aos valores da unidade, a ser desenvolvido para o cumprimento de uma determinada missão.

Política de comunicação

Define um conjunto de estratégias, com a implementação de canais de comunicação internos, com vistas a alinhar o relacionamento entre gestoras(es), trabalhadoras(es) e usuárias(os) na unidade de saúde. A política de comunicação implantada é fundamental para garantir a capilarização das informações entre a gestão, representantes de trabalhadoras(es) e a assistência, propiciando tomadas de decisão mais assertivas e alinhadas aos processos e práticas.

Princípio

Na linguagem do SUS, compreende o movimento de mudança nos modelos de atenção e gestão nos serviços de saúde da rede pública. A cartilha da PNH preconiza três princípios basilares que, reunidos, se articulam em uma política pública. São eles: Transversalidade, Indissociabilidade entre Atenção e Gestão e Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos.

Projeto Terapêutico Singular

Instrumento de organização e sistematização do cuidado, elaborado conjuntamente pela equipe multiprofissional de referência e usuárias(os), com o objetivo de fortalecer a comunicação e garantir a corresponsabilização no tratamento clínico. O Projeto Terapêutico Singular também ajuda a equipe multiprofissional de referência a definir ações, prazos, metas e resultados esperados, com base nas especificidades e singularidades de

cada usuária(o). Além disso, assegura a equanimidade das especialidades de saúde no que tange às decisões relacionadas ao tratamento de usuárias(os), a partir de reuniões sistemáticas envolvendo toda a equipe multiprofissional de referência.

Prontuário da(o) usuária(o)

O prontuário da(o) usuária(o) é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde deve, obrigatoriamente, ser registrado todos os cuidados profissionais prestados as(aos) usuárias(os) e que ateste o atendimento médico a uma pessoa em uma instituição de assistência médica ou em um consultório médico. É também o documento repositório do sigilo da(o) usuária(o) e por esta razão lhe pertence.

Risco

Possibilidade de ocorrência de um evento indesejado que pode causar danos a(ao) usuária(o), a(ao) trabalhador(a) e à unidade de saúde.

Riscos assistenciais

São os riscos relacionados à assistência médica prestada ou durante a continuidade do tratamento da(o) usuária(o).

Rodas de conversa

Espaços de debate compostos por trabalhadoras(es) da unidade de saúde que propicia a produção de ideias, a construção de consensos e a coletivização das análises. As rodas de conversa são iniciativas que fomentam o espírito corresponsável das(os) trabalhadoras(es), ao estimulá-los a produzirem estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.

Singularidade

Característica única física, comportamental, psíquica e/ou cultural de um ser humano que lhe distingue de um perfil considerado padrão.

Segurança

Grau em que há erradicação do risco de dano ou a sua redução para um mínimo aceitável.

Segurança do usuário/paciente

Grau em que há erradicação do risco de dano ou a sua redução para um mínimo aceitável no que se refere à atenção no cuidado da(o) usuária(o).

Trabalhador(a) de Referência

É o ator que irá fomentar e conduzir o processo de implementação do PAIST nas unidades de saúde. Responsável por promover a saúde e a integridade física, mental e social de toda(o) trabalhador(a), bem como a sua segurança e qualidade de vida, por meio da promoção de ambientes de trabalho saudáveis e com a melhoria das relações sociais

Visita aberta

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso as(aos) acompanhantes de forma a fortalecer o elo com a(o) usuária(o) internada(o), garantindo a corresponsabilização da rede sociofamiliar no cuidado desta(e) usuária(o), por meio de uma comunicação transparente junto à equipe multiprofissional de referência e da participação na construção do Projeto Terapêutico Singular.

Usuária(o)

Refere-se à pessoa que utiliza os serviços de saúde, públicos ou privados, em uma perspectiva mais ampliada. Usuária(o) é aquela(e) que está imbricada(o) em todos os níveis da atenção e do cuidado no contexto hospitalar, independentemente do seu estado clínico, seja doente ou não. É o indivíduo que atua de forma corresponsável e autônoma que usufrui e contribui para o sistema de saúde como protagonista. Usuária(o) opõe-se ao termo convencional “paciente”, como aquele que se submete passivamente às ordens recebidas e que espera pelas ações e intervenções dos profissionais de saúde. Transcende também à frieza do termo “cliente”, que se refere aquele que é visto apenas como pagante de um serviço em uma relação meramente comercial.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. *Manual de Implantação e Funcionamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB*. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014. 116 p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Manual de orientação ética e disciplinar / Conselho Regional de Medicina do Estado de Catarina*; coord.: Nelson Grisard, e colabs. – 5ª. ed. rev. atual. Florianópolis: CREMESC, 2013, 244 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Carta dos direitos e deveres usuários da pessoa usuária da saúde*. – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. *Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Bahia*. 1. ed. Salvador: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: cadernos de textos: cartilhas da Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora NR 6, de 08 de junho de 1978a*. Equipamento de Proteção Individual.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora NR 9*, de 08 de junho de 1978b. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

DUTRA, J. S. *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Atlas, 2004.

GUIMARÃES, T. A. *Estrutura organizacional: um estudo exploratório a respeito dos componentes administrativo e de supervisão*. In: Anais do 22º Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (ENANPAD), Foz do Iguaçu, PR, 1998.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Tradução de Eloá Jacobina. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

RÊGO, Tábata. G. *Avaliação de desempenho: como avaliar os servidores de forma justa?*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2013. 4 p.

APÊNDICE

Modelo de formulário para as visitas técnicas

DIRETRIZ – DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS		CATEGORIAS			
Nº	Itens de verificação	C	CP	NC	NA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

LEGENDA

C = Conforme

CP = Conforme Parcialmente

NC = Não Conforme

NA = Não Se Aplica

Modelo de relatório para as visitas técnicas

PONTOS FORTES
OPORTUNIDADES DE MELHORIA
DATA
EQUIPE DE AVALIADORES:



HUMANIZASUS
BAHIA



DGTES
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO
E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

SUPERH

SUPERINTENDÊNCIA DE
RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE



**Governo do
Estado da Bahia**
Secretaria da Saúde

