

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

**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
ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO – AIPEH**

**DOCUMENTO ORIENTADOR DA HUMANIZAÇÃO NO SUS BAHIA
Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS –
Bahia**

**Salvador (Ba)
2015**

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Fábio Vilas-BoasPinto

Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH

Joana Costa Pinheiro

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES

Bruno Guimarães de Almeida

Assessoria Técnica

Luciano de Paula Moura

**Articulação Institucional da Política Estadual de Humanização –
AIPEH**

Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão

Coordenação do PermanecerSUS

Érica Cristina da Silva Bowes

Coordenação de Gestão e Humanização do Trabalho

Cíntia Santos Conceição

Coordenação Administrativa

Rejane Andrade Cardoso

Coordenação da Elaboração: Articulação Institucional da Política
Estadual de Humanização

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Coletivos do HumanizaSUS – Participantes das Oficinas para Elaboração da PEH

Fórum de Apoiadores da Política Estadual de Humanização – FAPEH

Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES – PermanecerSUS); Andrea Machado Teixeira Dias (HGE); Grace Yara S. A. da Silva (FESF); Inês Rosa Filgueiras Bastos (SMS – Camaçari (Ba)); Itamires Lima Santos Alcântara (DGTES – Estagiária de Serviço Social); Júlio Pereira Maia Neto (HEJM); Lis Bandarra Monção (DGTES – Coordenação de Gestão e Humanização do Trabalho); Loide Goes F. Bonina (HGE); Luciano de Paula Moura (DGTES – Coordenação de Gestão e Humanização do Trabalho); Neila Ribeiro S. Pereira (HGMF); Nilma Dourado (HGRS); Ruth Ligia Silva (CEDEBA); Silvânia Kátia (HGJBC); Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão (DGTES – AIPEH); Simone Souza da Rocha Matos (CEDEBA); Sônia Maria Pereira (HGOM); Tarsila da Cruz (DGTES – Estagiária de Serviço Social); Viviane da Rin Brito (HGE).

Núcleo Técnico de Humanização – NTH

Alessandra Namur Ferreira (SUvisa); Andréa Machado Teixeira Dias (HGE); Derbeth Silva do Carmo (EESP); Érica Cristina da Silva Bowes (DGTES – PermanecerSUS); Gustavo Sperandio Barros (FESF); Lara Saldanha de Lucena (EFTS); Ignês Beatriz Oliveira Lopes (SUvisa); Isabella Cordeiro Andrade (DAB); Joseth Cléria Vieira Rodrigues (DAB); Márcia Veiga de Araújo (DAE); Maria Inês de Farias (FESF); Matary Tayguara (DGRP); Neila Ribeiro S. Pereira (HGMF); Rosana Santos Batista Adorno (DARH); Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão (DGTES – AIPEH); Vilênia Maria Gomes dos Santos (IPERBA).

Comitê Técnico de Humanização – CTH

Alessandra Namur Ferreira (SUvisa); Altair Lira (Ministério da Saúde – PNH); Bruno Guimarães de Almeida (DGTES); Derbeth Silva do Carmo (EESP); Érica Cristina da Silva Bowes (DGTES – PermanecerSUS); Geyse Cléia da Silva de Miranda (DGTES – Assessoria Técnica); Gislene Villas Boas (CES); Lara Saldanha de Lucena (EFTS); Isabella Cordeiro Andrade (DAB); Josenice Souza França (Representação do Usuário); Lêda Maria Sant'Ana Câmara (Representação do Usuário); Leila Maria Coutinho Mazzafera (EFTS); Luciana Santos Chaves (DGTES – Coordenação de Educação); Maria Claudina Gomes de Miranda (SAFTEC); Nathali Santana (HGPV); Rita de Cássia Lopes Gomes (SUvisa); Rosana Santos Batista Adorno (DARH); Vilênia Maria Gomes dos Santos (IPERBA).

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Equipe Técnica de Elaboração da PEH

Coletivos do HumanizaSUS; Adriana D´avila de Oliveira; Ana Cristina Coêlho Ramos; Aline Maciel São Paulo Paixão; Ana Flávia Barros Cruz; Bruno Guimarães de Almeida; Érica Cristina da Silva Bowes; Geyse Clea da Silva de Miranda; Jamile Souza Ribeiro; Lis Bandarra Monção; Luciana Santos Chaves; Luciano de Paula Moura; Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão; Talita Castro Santos Garcia; Tiago Parada Costa Silva.

Revisão Final

Bruno Guimarães de Almeida, Carmen Fontes Teixeira e Silvia Conceição Bomfim Bittencourt Leão.

Arte Gráfica

Raimundo Oliveira da Silva Júnior

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Entidades e/ou Instituições Participantes

Associação Baiana de Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias – ABADFAL

Associação Baiana para Cultura e Inclusão – ABACI

Associação de Pessoas com Albinismo na Bahia – APALBA

Associação dos Travestis de Salvador – ATRAS

Associação Mairiense de Pessoas com Deficiência – AMPED

Associação Metamorfose Ambulante – AMEA

Associação Nacional Cultural de Preservação do Patrimônio Bantu – ACBANTU

Associação Stellagrace

Centro de Estudos Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT – CEAPLER

Coletivo de Luta Antimanicomial Estamira – CLAE

Conselho Estadual de Saúde – CES

Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS

Grupo de Mulheres da Jaqueira do Carneiro

Grupo de Mulheres do Calafate

Grupo Gay da Bahia – GGB

Federação Espírita do Estado da Bahia – FEEB

Fundação Estatal de Saúde da Família – FESF

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia – Hemoba

Ministério da Saúde – MS

Ministério Público da Bahia – MP/BA

Movimento Indígena

Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis na Bahia – MNCRBA

Movimento Popular de Rua

Movimento Raça Mirim

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – SINDSAÚDE

União de Negros pela Igualdade – UNEGRO

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

2015. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Esse documento pode ser acessado na íntegra no site da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: www.saude.ba.gov.br/dgtes

Tiragem: 1ª edição – 2015

Edição, distribuição e informações:

SECRETARIA DA SAÚDE

Superintendência de Recursos Humanos

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES

4ª Avenida, plataforma 6, nº. 400 – Centro Administrativo da Bahia – CAB

Cep. 41.750-300 Salvador – Bahia

Tels.: (71) 3115-4397

Fax: (71) 3115-4224

E-mail: humanizaus.bahia@saude.ba.gov.br

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

AGRADECIMENTOS

O processo de construção desta Política remonta sua historicidade e a participação dos diversos atores que contribuíram direta e indiretamente para sua elaboração e, conseqüentemente, militantes para sua efetivação no cotidiano do trabalho em saúde no Estado da Bahia.

Nesse contexto, destacam-se os Secretários Estaduais de Saúde, Dr. Jorge Solla e Dr. Fábio Villas-Boas Pinto que possibilitaram a existências de espaços para a realização destas discussões; aos Diretores e trabalhadores das Unidades da Saúde da Rede Própria que participaram dessas instâncias, incentivando o fomento de espaços colegiados para discussão dos processos de trabalho; aos Secretários Municipais de Saúde que demandavam do Coletivo Humaniza o desenvolvimento de oficinas e rodas de conversa sobre a temática, fato que possibilitou nosso aprofundamento teórico, que originaria essa política; aos Superintendentes Isabella Cardoso de Matos Pinto, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, Washington Luiz Abreu de Jesus e Joana Costa Pinheiro; aos Diretores da DGTES, Maria Constantino Caputo, Rosângela Maria Regis Duarte Katayose, José Carlos da Silva e Bruno Guimarães de Almeida; aos Coordenadores Estaduais de Humanização, Livia Lima Nogueira dos Santos, Renata Maria Oliveira Costa, Samantha de Jesus Andrade, Tatiana Maria de Souza Santos, Altair dos Santos Lira e Silvia Conceição Bonfim Bittencourt Leão, aos trabalhadores deste coletivo que atualmente estão noutros espaços da saúde pública: Alba Alves, Ana Cristina da Silva Bispo, Rosana Adorno, Mônica de Oliveira Ribeiro, Barbara Conceição C. Santos, Elisângela Maria P. dos Santos, Geyse Clea da Silva Miranda, Elaci Miranda, Ruth Ligia de Gois e Silva, Arlene Queiroz, Giovana Liguori, Victor Brandão, Antônio Maurico Brasil, Adriana D'ávila de Oliveira, Cíntia Santos Conceição, Mariângela Souza da Silva, Maria Evangelista Santana, Lucenildes de Jesus Santos, Larissa Daiane Vieira Barros, Patricia Dantas e residentes, estagiários; e aos atuais trabalhadores da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) pela luta construída em torno dessa temática cotidianamente.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

SUMÁRIO

1. Apresentação	09
2. Introdução	10
3. Marcos normativos e jurídicos	13
4. Conceito, princípios e diretrizes	15
4.1 Princípios	15
4.2 Diretrizes	17
5. Eixos estruturantes	18
5.1 Gestão participativa	19
5.2 Trabalho na saúde	19
5.3 Educação na saúde	21
6. Financiamento	23
7. Responsabilidades compartilhadas na implementação da PEH	23
8. Planejamento, Monitoramento e Avaliação	26
9. Referências	29
10. Glossário	33
11. Anexo I – Apresentação dos coletivos	35
12. Anexo II – Matriz de monitoramento e avaliação da PEH	36

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

APRESENTAÇÃO

A SecretariadeSaúde do Estado daBahia (SESAB) vem, desde 2003, aprimorando as discussões sobre a humanização no Estado, por meio de estratégias que buscam qualificar o cuidado e a gestão das unidades de saúde e, conseqüentemente, assegurar os direitos e deveres dos usuários do SUS.

Entretanto, a operacionalização destas estratégias, envolve a superação de problemas vinculados à estrutura das unidades de saúde; à gestão do trabalho e à organização e articulação da rede de atenção à saúde, visando assegurar o acesso resolutivo e qualificado, dentre outros.

Elaborar uma política pública com esta pauta significa comprometer as diretrizes da macropolítica do Governo com a humanização, as quais devem ser construídas cotidianamente nos microespaços, por trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde do nosso Estado.

Por isso, o processo de construção do documento assegurou o envolvimento de vários sujeitos, inclusive com consulta pública e com a realização de audiências públicas, para que todas as especificidades fossem asseguradas.

Agora se apresenta para nós, trabalhadores, gestores e usuários, da saúde pública no nosso Estado, o desafio de operacionalizá-la cotidianamente, ao ponto que não tenhamos mais a necessidade de um documento norteador da humanização do cuidado e da gestão na Bahia. Portanto, este se apresenta para nós como um desafio latente e cotidiano, tendo como horizonte a operacionalização da Lei Orgânica da Saúde – LOS, nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal aprovada em 1988 assegura o direito à saúde “como direito de todos e dever do Estado”, o qual avança com aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, que tomou como base os princípios da universalidade, integralidade e equidade, orientada pelas diretrizes da regionalização, hierarquização, descentralização, participação e controle social (BRASIL, 1990a).

A aprovação do SUS significou avanços importantes na política de saúde do país, tais como a ampliação de cobertura da rede de atenção básica; garantia formal do financiamento para as políticas, programas, projetos e ações, ainda que se reconheça a necessidade de ampliação; criação de instâncias de negociação e participação dos atores sociais.

Contudo, existem alguns desafios a serem superados: a predominância da racionalidade biomédica e do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, o excesso de tecnologia e a supervalorização da especialização, a escassez de recursos financeiros, as decisões gerenciais verticalizadas, a visão não integral do usuário e a fragmentação do processo de trabalho na saúde (PAIM, 2003).

Em síntese, esses avanços e desafios reforçam a dificuldade em efetivar um modelo de atenção à saúde, que implique em mudanças nas práticas gestoras e assistenciais que contemplem os princípios e diretrizes do SUS.

Buscando superar essa situação, uma série de iniciativas estão em desenvolvimento, a fim de colocar em análise o cuidado realizado; qualificar o acesso, o acolhimento com resolubilidade; fortalecer a participação popular e o controle social; discutir a gestão do trabalho e a educação na saúde. Todas no seu bojo pretendem assegurar a efetivação dos direitos humanos emancipatórios¹, tendo em vista que estes se efetivem no cotidiano das práticas de saúde.

¹ De acordo com Souza Santos se caracteriza como uma Política de Direitos Humanos Progressista no âmbito global e com legitimidade local, portanto “são premissas de um diálogo intercultural sobre a dignidade humana que pode levar, eventualmente, a uma concepção mestiça de direitos humanos, uma concepção que, em vez de recorrer a falsos universalismos, se organiza como uma constelação de sentidos

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) estimulou a implantação de Programas voltados para a Humanização das práticas assistenciais nos serviços públicos de saúde em vários Estados, a exemplo do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), o “Método Canguru”. Em 2003 o MS aprova a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), a qual se constitui com base em um conjunto de princípios² e diretrizes³ que se operam por meio de um conjunto de dispositivos⁴ voltados para a reestruturação das práticas de atenção e de gestão do cuidado.

No Estado da Bahia, ocorreu a implantação do Programa QualiSUS (2000), do PNHAH⁵ e do PHPN⁶, processo que estimulou a implementação da Ouvidoria do SUS (2004), e fomentou a criação do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH (2000). Estas iniciativas contribuíram para a realização de discussões sob a humanização nas relações com os usuários em diversas unidades, entretanto, foram pontuais visto que, não colocavam em análise os processos de trabalho e de gestão existentes nos serviços de saúde. A partir da aprovação da PNH, o Estado desenvolveu ações que pretendiam estimular o processo de implantação de diretrizes e dispositivos desta política na rede SUS-Bahia⁷. Essas ações possibilitaram a ampliação do diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários, bem como, a identificação das especificidades de cada região de saúde do Estado, fato que culminou com a formação dos três espaços colegiados de

locais, mutuamente inteligíveis, e que se constitui em redes de referenciais normativas capacitantes. (SOUZA SANTOS, 1997, p. 113).

2 São considerados princípios da PNH: transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos e indissociabilidade entre atenção e a gestão.

3 São consideradas diretrizes da PNH: Gestão Democrática e Participativa; Acolhimento; Ambiência; Direitos e Deveres dos Usuários; Clínica Ampliada; Valorização do trabalho e do trabalhador.

4 São considerados dispositivos da PNH: Acolhimento com avaliação e classificação de risco; Projeto Terapêutico Singular; Colegiado Gestor; Conselho Gestor; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Ouvidoria; Educação Permanente; Saúde do Trabalhador; Visita Aberta; Direito ao Acompanhante; Projeto coletivo para adequação de ambiência; Mecanismos de desospitalização com cuidado domiciliar; Monitoramento e Avaliação e outros.

5 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)

6 Programa Nacional do Parto e Nascimento (PHPN)

7 A rede SUS-Bahia é composta de unidades de saúde da rede própria sob gestão direta da SESAB; rede própria sob gestão indireta administrada por Organizações Sociais (OS), Instituições Filantrópicas, Parceria Público Privada (PPP) e outros modos de contratação; a rede complementar contratualizada e a rede assistencial prestada pelos municípios do Estado.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

gestão: Fórum de Apoiadores da Política Estadual de Humanização (FAH); Comitê Técnico de Humanização (CTH) e Núcleo Técnico de Humanização (NTH)⁸.

Imbuídos pelo desejo de construir um documento orientador da humanização que expressasse as especificidades estaduais é que os integrantes dessas instâncias participaram de diversos encontros e oficinas voltadas à construção coletiva dos pilares que fundamentam a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS no Estado da Bahia.

Estes se fundamentaram nos problemas elencados durante os encontros, os quais por si só, justificam a elaboração da PEH, como um importante documento que reafirme a humanização e os princípios estruturantes do SUS⁹.

Assim, foi definido como imagem-objetivo desta política orientar as práticas de atenção e gestão na saúde pautada nos princípios e diretrizes da humanização para o SUS-Bahia. Tendo como objetivos específicos: 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 conhecimento¹⁰ nas RAS; contribuir com a formação profissional em saúde, incentivando ações de humanização, com ênfase na integração ensino-serviço-comunidade.

Ademais, é relevante reforçar o processo de construção de consensos e superação dos dissensos, que originou essa política, portanto, fruto dos sonhos dos trabalhadores, gestores e usuários que desejam a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS no cotidiano das unidades de saúde do nosso Estado.

2. MARCOS JURÍDICOS E NORMATIVOS

8 Vide Anexo II, para maior detalhamento das funções e atribuições destes grupos.

9 Problemas elencados na Iª Oficina para Elaboração da PEH: ausência de financiamento para a humanização; modelo de atenção à saúde predominante; dificuldade para realizar o acolhimento com escuta qualificada; rotulação e generalização do cuidado ao usuário, desconsiderando suas singularidades; precariedade da rede de atendimento à saúde no Estado, ocasionando dificuldade de acesso; condições e ambientes inadequados ao trabalho; avaliação de desempenho fragilizada ou não implementada; precarização dos vínculos de trabalho; trabalhadores insuficientes ou mal dimensionados, dentre outros.

10 Essa área do conhecimento é entendida como o compartilhamento, o armazenamento, a utilização, a geração e a mensuração da informação, tendo o elemento humano como relevante neste processo (GROTTO, 2001).

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

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

- **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988, ressaltando os artigos referentes à Saúde nº 194 a nº 200;
- **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, 19 de setembro de 1990** que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- **Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990** que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS/2003**, eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS;
- **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**, que divulga o **Pacto pela Saúde**, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;
- **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006** que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção à Saúde;
- **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007**, que aprova a **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**;
- **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**, que dispõe sobre direitos e deveres dos usuários do SUS;
- **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** que regulamenta as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS;
- **Resoluções CES nº 15, de 07 de dezembro de 2011 e CIB nº 283, de 21 de novembro de 2011** que aprovam a **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/2011**;
- **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

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

– **Portaria Nº 1.761, de 20 de dezembro de 2012** que institucionaliza o Programa de Atenção Integral a Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador do Estado da Bahia;

– **Decreto nº 14.457, de 03 de maio de 2013**, que dispõe sobre a Política Estadual de Atenção Básica do Estado da Bahia;

- **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre ações para a segurança do paciente em Serviços de Saúde e dá outras providências;

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

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

3. CONCEITO, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA PEH/SUS-BA

Fundamentada nestes marcos legais a concepção da Humanização na saúde definida para este documento é considerada como:

modo transversal de orientar o trabalho na saúde em rede, com envolvimento dos usuários, trabalhadores e gestores, pautado nos princípios éticos emancipatórios, que confluem para construção de trocas solidárias comprometidas com o respeito às diversidades territoriais, singularidades dos sujeitos e no atendimento às necessidades de saúde dos territórios (BAHIA, RELATÓRIO DAS OFICINAS PARA ELABORAÇÃO DA PEH, 2014).

Este conceito expressa-se na incorporação e desenvolvimento de tecnologias leves e duras visando a qualificação da atenção e da gestão em saúde, com corresponsabilização, construção de vínculos de confiança e valorização dos sujeitos, favorecendo a circulação de saberes e poderes para qualificação do processo de trabalho

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

e atendimento das necessidades de saúde da população (BAHIA, RELATÓRIO DAS OFICINAS PARA ELABORAÇÃO DA PEH, 2014). Com base no disposto nos marcos legais, foram definidos os princípios da PEH, entendidos como valores éticos que norteiam o trabalho em saúde e as diretrizes como caminhos a serem percorridos pelos trabalhadores, gestores e usuários, a fim de reafirmarem os princípios e diretrizes do SUS.

3.1. Princípios

Os **princípios** desta política se agregam aos princípios – *integralidade, universalização e equidade* – gerais do SUS e são os seguintes:

- **A Transversalidade** como possibilidade para **ampliação dos canais de comunicação entre os diferentes saberes e poderes**, tendo em vista a produção de novos modos de fazer saúde e, conseqüentemente, a constituição de novos sujeitos. Cria condições para o estabelecimento de novas práticas subjetivas, portanto, corresponsáveis, protagonistas e autônomas. Pressupõe o fortalecimento das tecnologias leves, das tecnologias relacionais intra e intergrupos, tendo em vista o estabelecimento de redes de conversação, de diálogo como estratégia para a qualificação do cuidado e da gestão (TEIXEIRA, 2003);
- **Valorização, Autonomia e Protagonismo dos Sujeitos** devem considerar o princípio da liberdade, entendido como a capacidade de definir objetivos e propósitos das ações de forma clara e consciente. Nesse sentido, o trabalhador, o gestor e o usuário podem afirmar-se como sujeitos e produtos da história e do cuidado na saúde. Valorizar pressupõe avançar na perspectiva de entender os trabalhadores, usuários e gestores, ampliando a sua capacidade de análise das necessidades de saúde, a fim de constituir-se como equipes, coletivos e grupos, avançando na atuação interdisciplinar, almejando a transdisciplinaridade (SANTOS-FILHO et al, 2010);
- **Gestão democrática e participativa** significa a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo, negociação e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e as singularidades presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida (BRASIL, 2007). A Gestão democrática e participativa, segundo Campos (2007, p. 43) “se concretiza por meio de sistemas de co-gestão” que envolvam os diversos sujeitos que discutem a saúde;

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

- **Vínculos solidários**, pressupõe “a inclusão do outro, a responsabilidade para com os outros e o alargamento do sentido de nós”. Não existe solidariedade sem alteridade¹¹, sem o vínculo com o outro, o que implica o estabelecimento de interesses comuns, empatia e pertencimento. O vínculo solidário se constitui em uma aproximação mais autêntica e verdadeira entre os trabalhadores da saúde, família e os usuários, é precedido de intencionalidade, o qual resulta numa relação corresponsável, cooperativa, com respeito a diversidade e participação ativa dos sujeitos envolvidos (BETTINELLI & ERDMANN, 1998, p. 24);
- **Respeito às singularidades**, considera a inclusão das singularidades, das relações emotivas, da saúde mental, da pessoa com deficiência e patologias, das características relativas ao ciclo de vida, das gerações, das alterações genéticas, as relações de gênero e orientação sexual, religiosidades e espiritualidade, assim como os aspectos étnico-raciais, sociais e culturais contemplados pelo princípio da equidade em saúde do SUS. Portanto, o cuidado na saúde requer a redefinição de saberes e poderes, tendo em vista a incorporação progressiva dos aspectos citados como características do trabalho na saúde.

3.2 Diretrizes

As diretrizes específicas relativas à Humanização da atenção e da gestão se agregam às diretrizes gerais do SUS – **descentralização, hierarquização, regionalização, participação e controle social** – e são as seguintes:

- **Clínica ampliada**, visão da clínica que se baseia na construção de responsabilidade singular, de vínculos solidários e do respeito à diversidade entre equipes de saúde e usuários (BRASIL, 2004);
- **Sistemas de co-gestão**, que pressupõem a horizontalização das relações de trabalho como uma das prerrogativas relevantes para o estabelecimento da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde. Desse modo, utiliza-se de algumas ferramentas que contribuem para a sua efetivação, tais como: colegiado gestor, conselhos de gestão, grupos de trabalho de humanização e outros;
- **Acolhimento**, entendido como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Envolve parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Portanto, configura-se como um modo de operar o processo de trabalho em saúde,

11 A alteridade reside na interpretação da verdade do outro em si, implica encontrar sua verdade. (MORIN, 2008, p. 30)

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

atendendo a todos que buscam os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2009);

- **Defesa dos direitos dos usuários** baseia-se no trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde a fim de favorecer os modos de cuidar e gerir na saúde, que contribuam para a efetivação dos direitos dos usuários¹²;
- **Comunicação** pressupõe que, durante o desenvolvimento do processo de trabalho, sejam ampliados os canais de comunicação inter e intra serviços, entre estes e a população, tendo em vista, construir um envolvimento efetivo dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, estimulando o desenvolvimento de gestões mais horizontais e maior aproximação entre os serviços de saúde e a população;
- **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** pressupõe o trabalho na saúde como uma produção histórica, cultural e política e os trabalhadores e estudantes em formação como agentes transformadores de seus saberes e práticas. Portanto, contém uma dimensão educativa, sendo uma atividade através da qual o sujeito aprende e ressignifica as suas práticas e a si mesmo. Na saúde, configura-se como um processo de trocas, criatividade, co-responsabilização, enriquecimento e comprometimento dos trabalhadores para com a efetividade, qualidade e humanização das práticas de atenção à saúde da população, a eficiência e democratização da gestão do SUS (BAHIA, 2012).

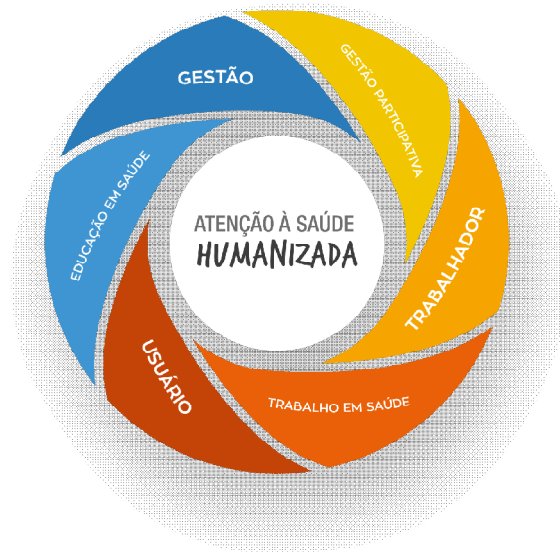
4. Eixos estruturantes:

A concretização destes princípios e diretrizes no cotidiano das práticas de saúde é um processo complexo, portanto exige iniciativas macrosistêmicas, que criem condições que viabilizem as mudanças nos microssistemas. Para tanto o estímulo a estas mudanças necessita envolver áreas estratégicas, como indutoras de transformações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico assistenciais, conforme apontado por Teixeira e Solla (2006, p. 29). Por considerar estes elementos prerrogativas essenciais é que a PEH definiu como eixos estruturantes – Gestão Participativa, Educação na Saúde e Trabalho na Saúde – os quais devem estar articulados, conforme Diagrama abaixo:

12 Conforme assegurado na Lei nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Figura 1: Articulação dos eixos estruturantes



Fonte: SESAB – SUPERH – DGES

➔ Gestão Participativa

Pressupõe uma gestão nas diversas estruturas do SUS que articule, integre e defenda a Reforma Sanitária Brasileira – RBS, tanto na elaboração dos instrumentos de planejamento (políticas, planos, programas, projetos e ações), como na operacionalização com participação ativa dos sujeitos. A discussão coletiva, a participação efetiva, negociação entre os sujeitos deve perpassar os níveis da atenção (primária, secundária e terciária), as práticas de saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) e a gestão. O resultado destas iniciativas deve compor os

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

instrumentos de planejamento da gestão¹³, contemplando as especificidades locorregionais, as estruturas, os limites e as possibilidades de cada uma. A inserção dos valores e ações humanizantes no planejamento, entretanto, não assegura a mudança de práticas. Para que essas produzam alterações significativas é necessária a **democratização da gestão** nas diversas estruturas do SUS-Bahia.

➔ Trabalho na Saúde

O trabalho na saúde¹⁴ tem como finalidade primordial o cuidado do outro, para o atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas através de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação. O trabalho em saúde é essencialmente coletivo pois “Não há trabalhador da saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde” (MERHY;2009, p. 282-283). Este processo de trabalho envolve “[...] trabalhadores de nível superior, técnicos e auxiliares, todos fundamentais para que o trabalho de um, dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde” (MERHY e FRANCO; 2009:282-283). As relações de trabalho, portanto, são influenciadas, pela singularidade de cada trabalhador, pela historicidade das profissões e pelas determinações macropolíticas (SCHERER, 2009), que se expressam no sistema de saúde na predominância de um modelo de atenção que dita um modo de trabalhar individual, vertical, compartimentado e com hegemonia de um saber, situação que repercute na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência prestada. Nessa perspectiva, o acesso aos serviços, com qualidade e resolubilidade das demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, pode ficar comprometido quando as condições institucionais e de trabalho necessárias não são garantidas no contexto do processo de trabalho.

13 Os instrumentos de planejamento da gestão incluem Plano Estadual de Saúde; Plano Municipal de Saúde; Programas, projetos de cada gestão; Planejamento institucional dos Serviços e Setores; bem como outras modalidades de planejamento existentes nos serviços e/ou unidades de produção

14 A concepção de trabalho que norteia essa política a concebe como um processo social, no qual ocorre a coprodução de bens e serviços, ao tempo em que se constitui o próprio sujeito, agente e produtor deste processo. Portanto, uma produção histórica, cultural, social e política, composta por uma dimensão educativa, criativa e comunicativa que possibilita o sujeito – trabalhadores da saúde, gestores e usuários – ressignificar o processo de trabalho em saúde (BAHIA, 2012).

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Por considerar as diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde, a PEH compreende essa discussão como relevante e imprescindível, caracterizando-se como aspecto prioritário para a qualificação do trabalhador e para a humanização do cuidado e da gestão. Assim, é necessário colocar em análise cotidianamente todos os aspectos que incidem diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho, considerando a perspectiva da humanização, levando em conta os seguintes aspectos:

– **Gestão de Carreiras:** contemplações, projetos, programas, planos e políticas que estimulem a implementação e o desenvolvimento das carreiras na perspectiva da valorização do trabalho e do trabalhador da saúde e que garantam os direitos sociais dos trabalhadores. Para isso recomenda-se: Elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), considerando a importância da qualificação profissional e as especificidades do trabalho na Saúde; definir estratégias para avaliação de desempenho, articulando: os indicadores do serviço X indicadores do setor X qualificação dos trabalhadores; incentivar a qualificação profissional com base na avaliação de desempenho; implementar sistema de avaliação baseado em desempenho/metabol; estimular incentivos para trabalhadores e outros.

– **Planejamento da Força de Trabalho na Saúde:** inclui estratégias que considerem a necessidade do diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação da força de trabalho do território, periodicamente, articulando indicadores qualitativos e quantitativos, tendo em vista assegurar qualidade na oferta dos serviços de saúde. Para isso recomenda-se: elaborar um sistema de informação, considerando a evolução na carreira conforme preconizado no PCCV; mapear o quantitativo de trabalhadores por vínculos e conhecer as singularidades e características dos serviços de saúde do território; dimensionar a força de trabalho para planejar a realização de concurso público e movimentação dos trabalhadores na rede; relacionar o planejamento da força de trabalho com as condições estruturais dos serviços de saúde e outros.

– **Saúde do Trabalhador:** compreende o trabalho como um dos determinantes sociais da saúde e portanto, recomenda-se ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho; estratégias para implementação de programas, projetos ou ações que discutam e busquem a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador da saúde; discutir coletivamente a ambiência dos serviços, considerando as relações e condições de trabalho e outros.

– **Negociação permanente entre trabalhadores e gestores:** instituir espaços de negociação para construção coletiva, envolvendo trabalhadores e gestores, a fim de estimular a democratização e a participação nas decisões referentes ao fluxo dos serviços, aos processos de trabalho e aos ganhos financeiros dos trabalhadores, bem como as relações e condições de trabalho. Para isso recomenda-se: implantar mesa de negociação permanente entre trabalhadores e gestão; implantar serviços de escuta dos trabalhadores para acompanhar a avaliação da satisfação e desenvolver ações para sua

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

melhoria (Ouvidoria); implantar Colegiado Gestor para discutir coletivamente as rotinas, os processos, as metas e indicadores dos setores e serviços, dentre outros.

– **Qualificação para o Processo de Trabalho:** estratégias que qualificam o processo de trabalho e todas as interfaces que incidem no seu resultado, tais como: ambiência, condições de trabalho, equipamentos, relações interpessoais, dentre outros.

➔ Educação na Saúde

A formação do trabalhador na saúde ainda se fundamenta em concepções centradas na assistência à doença, com valorização da tecnificação do cuidado e superespecialização do trabalhador, reproduzindo ideias e valores ligados ao modelo de atenção hegemônico. A interação com o SUS é construída durante o processo de formação desse trabalhador (Guizardi et al apud ARAÚJO, 2007, p. 27), portanto, é importante intervir sobre este processo, de modo a introduzir concepções e valores coerentes com a construção de modelos de atenção a saúde integrais, humanizados e solidários intencionalmente direcionados à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à promoção da cidadania, o respeito às diversidades na busca da superação de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

Nesse sentido, faz-se necessário colocar em análise cotidianamente todos os aspectos que incidem diretamente na formação/qualificação deste trabalhador, considerando a perspectiva da humanização. Ademais, é imprescindível a articulação de saberes e práticas que efetivem princípios como solidariedade, humanização e integralidade. Para isso, recomenda-se:

– **Ordenamento da formação em saúde:** desenvolver estratégias que acompanhem a formação em saúde no território, a fim de fortalecer ideologias vinculadas ao SUS.

Para isso recomenda-se: mapear as necessidades de formação em saúde do território; acompanhar a oferta de vagas na área da saúde; fomentar discussão de disciplinas voltadas para saúde pública no curriculum dos cursos e outros.

– **Estratégias para fomentar a integração ensino e serviço:** fomentar ações que insiram as Instituições de Ensino Superior (IES) nos espaços de trabalho profissional e vice-versa.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

– **Educação Permanente:** estimular estratégias que considerem as demandas e especificidades do serviço, estimulando a construção de uma aprendizagem, que valorize as experiências e saberes desses trabalhadores, ao tempo em que fomente a reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho (FERLA e CECCIM, 2006). Para isso recomenda-se: estimular o desenvolvimento de ações de EP no cotidiano do processo de trabalho na saúde; mapear as necessidades de processos educativos na saúde; elaborar Plano de Educação Permanente Institucional, Municipal e Estadual, considerando as especificidades locais e locais regionais; propor a construção de agenda com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição e cursos de especialização, de modo a assegurar a qualificação de todos os trabalhadores e outros.

5. Financiamento

As ações propostas na PEHAQG-SUS-Ba demandam investimentos financeiros, tais como: contratação de trabalhadores; investimento em processos educativos, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho; aquisição de insumos e equipamentos para melhoria das condições de trabalho e dentre outros.

Os recursos a serem investidos devem ser compartilhados entre os entes federados (Estado e Município) e inseridos nos instrumentos de planejamento dos respectivos âmbitos (Plano Estadual de Saúde, Planos Municipais de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, Lei Orçamentária Anual da Saúde, Plano Diretor de Investimento, Planos Institucionais, dentre outros), a fim de assegurar o financiamento e, o desenvolvimento das ações.

No caso das unidades de saúde da SESAB, o recurso destinado a humanização deve ser partilhado sobre o orçamento de todas as superintendências, considerando o princípio da transversalidade inerente a implementação desta política, bem como, ser justificado como ação de humanização. Ademais, deve ser assegurado em todas as áreas técnicas (Vigilância à Saúde, Recursos Humanos e Qualificação do Trabalho,

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Assistência Farmacêutica, Tecnologia, Regulação da Saúde e Assistência à Saúde) recurso para a humanização do cuidado e da Gestão¹⁵.

6. Responsabilidades compartilhadas na implementação da PEH

O processo de implementação da PEH contempla o compartilhamento de responsabilidades dos sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários – a fim de construir uma postura protagonista e autônoma nas relações de trabalho, de atenção e de gestão. A seguir elenca-se o conjunto de responsabilidades atribuídas a cada um dos sujeitos envolvidos:

Gestor – cabe ao gestor Estadual, Municipal e Local (Unidades de Saúde):

- Desenvolver práticas gestoras que fomentem a horizontalização das relações de saber e poder no seu âmbito (Gestão Democrática e Participativa), a fim de estimular a autonomia e o protagonismo da equipe gestora, dos trabalhadores e usuários;
- Estimular ações que fortaleçam a sua corresponsabilidade com os outros entes federados, a fim de promover a diretriz da descentralização e regionalização;
- Estabelecer mecanismos de articulação entre os entes federados assegurando a transversalização das ações de humanização;
- Fortalecer modelos de atenção à saúde que assegurem a integralidade e a equidade em todos os níveis de atenção à saúde;
- Assegurar fonte de financiamento para as ações de humanização que demandem recursos;
- Apoiar a revisão dos processos de trabalho e ações humanização tendo em vista ofertar serviços de saúde com qualidade, humanizados e equânimes;
- Fortalecer as experiências e práticas existentes que fomentam a humanização da saúde;
- Apoiar os municípios no planejamento e no desenvolvimento de suas ações buscando transversalizar a Política Estadual de Humanização;

¹⁵ Inclui recursos para aquisição de equipamentos para assegurar o direito do acompanhante, reforma das unidades de saúde, qualificação do trabalhador, saúde do trabalhador e outros.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

- Incentivar o desenvolvimento de ações, projetos, programas e planos de saúde, pautados na humanização, com ênfase às especificidades das regiões de saúde do Estado;
- Estimular a qualificação da ambiência e das melhorias das condições de trabalho nas unidades de saúde, compreendendo que estas envolvem a estrutura física, a relação com os processos de trabalho desenvolvidos e os fluxos organizacionais.
- Fomentar a elaboração de Políticas que visem a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho, bem como a valorização do trabalhador da saúde (desprecarização dos vínculos, estruturação de carreiras, qualificação das condições de trabalho, saúde do trabalhador e outros);
- Inserir, nos instrumentos de planejamento da gestão, estratégias que promovam o desenvolvimento e o monitoramento das ações de humanização;
- Estabelecer coletivamente parâmetros para avaliação institucional das ações de saúde desenvolvidas, que contemplem os valores da humanização;

Trabalhador – cabe ao trabalhador no cotidiano do processo de trabalho:

- Adotar postura ética no cotidiano do trabalho que reafirme a Política Estadual de Humanização e os princípios estruturantes do SUS;
- Contribuir para o desenvolvimento de relações de trabalho participativas e integrativas entre as equipes de trabalho e usuários;
- Desenvolver ações que fomentem a autonomia e o protagonismo dos usuários diante das suas necessidades de saúde;
- Participar das equipes multidisciplinares com práticas interdisciplinares, com respeito às singularidades dos sujeitos, a atenção qualificada e outros;
- Incentivar a formação e participar de grupos de trabalho para discutir os processos de trabalho e fluxos organizacionais desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Participar dos espaços de educação permanente, a fim de adotar práticas de saúde pactuadas coletivamente;
- Planejar estratégias de humanização para implantação nas unidades;
- Acompanhar e monitorar as ações de humanização nos serviços de saúde;
- Contribuir na elaboração dos parâmetros para avaliação institucional das ações de saúde desenvolvidas, que contemplem os princípios da humanização.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Usuários –cabe ao usuário:

- Conhecer seus direitos e deveres, expressos nas Políticas do SUS e na Carta dos direitos e deveres dos usuários;
- Participar de conselhos e conferências de saúde com o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS fomentando a discussão, acompanhamento e avaliação das ações de humanização;
- Estimular a formação e participar ativamente dos espaços de construção coletiva local, municipal e Estadual no âmbito da saúde, a exemplo dos conselhos locais, municipais e estaduais e/ou outros espaços de participação;
- Fomentar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias de participação de controle social do SUS;
- Incentivar as atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a carta de direitos e deveres dos usuários do SUS;
- Buscar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS;
- Formular, acompanhar e avaliar as estratégias desenvolvidas para qualificar o cuidado pelas equipes de saúde nos espaços de construção coletiva, como grupo de trabalho de humanização, colegiados, conselhos e outros;
- Legitimar os espaços de escuta dos usuários existentes nas estruturas municipais e estaduais, tais como, ouvidorias, caixas de sugestões, *sites*, dentre outros;
- Colaborar para a difusão das informações de saúde diminuindo o distanciamento entre usuário e unidades de saúde.

7. Planejamento, Monitoramento e Avaliação

A humanização deve permear as propostas apresentadas nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS-Ba elaborados pelas diversas instâncias, tais como: Plano Estadual de Saúde; Planos Municipais de Saúde; Contratualização das Unidades sob Gestão Indireta e Rede Complementar, com seus respectivos planos de ação; Plano Operativo Anual (POA); Planos Institucionais das Unidades de Saúde; Planejamento Estratégico das Unidades de Saúde e outros congêneres. Esta deve estar inserida nestes

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

instrumentos e sua execução deve ser acompanhada, monitorada e avaliada periodicamente pelos diversos sujeitos envolvidos neste processo. Dessa forma, é possível elaborar um plano ampliado de implantação da PEH, transversalizando as diversas Políticas do SUS e os instrumentos de planejamento da gestão estadual e municipal com ações que contemplam os princípios da humanização da saúde e considerem as especificidades locais regionais.

Para subsidiar esse processo foi elaborado uma Matriz de Monitoramento e Avaliação (Anexo I), que propõe um conjunto de indicadores para analisar as estratégias desenvolvidas pelos diversos âmbitos e sujeitos que estimulam o desenvolvimento de ações humanizantes. Estes se coadunam com a qualidade, a humanização, integralidade e a equidade, tendo como horizonte a assistência à saúde humanizada. Essa matriz é composta por dimensões, variáveis, bases para construção de indicadores e conceituação. As dimensões são os objetivos específicos dessa política, que se apresentam como imagem-objetivo a ser alcançado; as variáveis são os eixos estruturantes (Gestão Participativa, Trabalho na Saúde e Educação na Saúde) que perpassa por todas as dimensões da PEH; as bases para a construção dos indicadores representam possibilidades gerais para a construção de indicadores e, por último, a conceituação que são as fontes, fórmulas e estratégias possíveis para alcançar os indicadores. Sugere-se que estes sejam utilizados e/ou inseridos nos diversos instrumentos de planejamento da atenção e da gestão de acordo com as especificidades locais regionais.

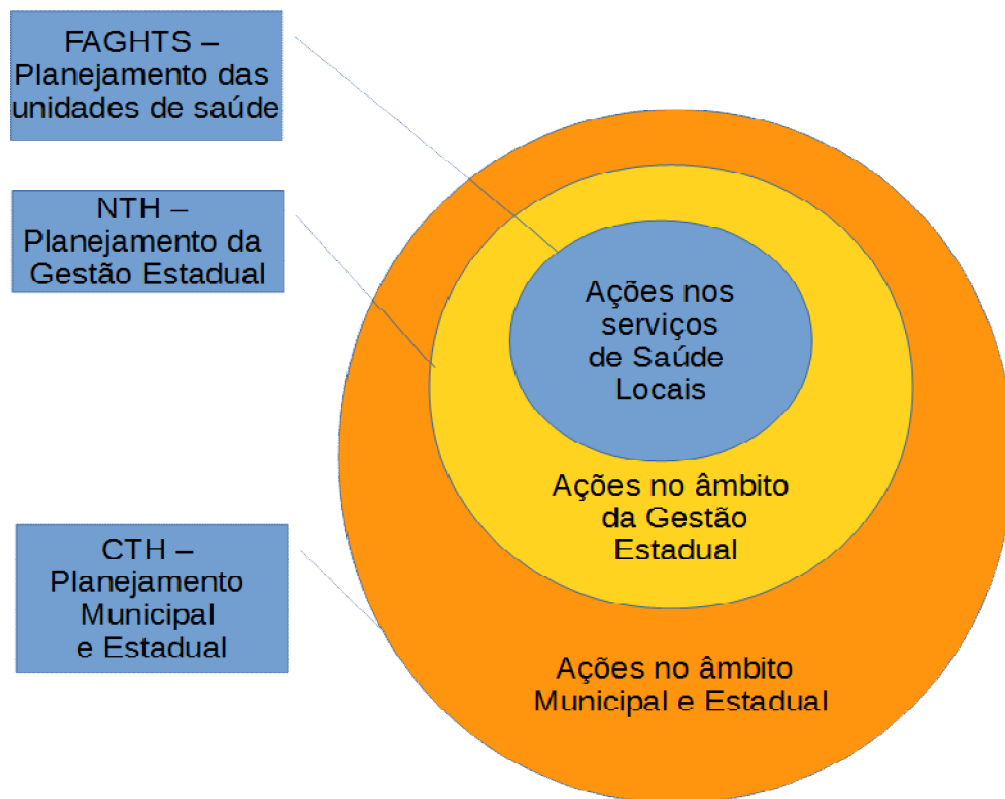
Estes elementos podem contribuir para uma análise crítica e contextualizada da mudança de práticas nos serviços de saúde. É importante ressaltar que deve imperar no processo de análise desses indicadores os elementos qualitativos que asseguram identificar os principais aspectos que podem revelar os caminhos e descaminhos dos processos de trabalho e fluxos organizacionais, de forma que o “como fazer” oriente o “que fazer”, conforme apontam Santos e Ribeiro (2009) e outros autores. Para assegurar a efetividade dessa proposta, os coletivos do HumanizaSUS-Bahia necessitam ser fortalecidos para que fomentem o desenvolvimento destas ações no seu nível de atuação, de forma que estas se articulem com outras ações e, conseqüentemente, contribuam para o alcance dos indicadores. Este modo de operar será institucionalizado

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

nas estruturas, ao ponto em que não será necessário um documento verbalizando estes aspectos.

A atuação dos coletivos **Fórum de Apoiadores da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde (FAGHTS)**, **Núcleo Técnico de Humanização (NTH)** e **Comitê Técnico de Humanização (CTH)** é articulada e integrada, conforme apresenta a imagem e será coordenada pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), por meio da Articulação Institucional da Política Estadual de Humanização (AIPEH) e da Coordenação de Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde (CGHTS).

Figura 2: Coletivos HumanizaSUS



Fonte: SESAB – SUPERH – DGTES

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Cabe a AIPEH articular o desenvolvimento da PEH nas diversas estruturas do Estado, assegurando o fomento e o fortalecimento da transversalidade nas diversas Políticas do SUS. Já à CGHTS, cabe fomentar o desenvolvimento de ações de humanização, vinculadas ao trabalho, nos municípios e nas unidades da rede própria do Estado. Além disso, à SAIS, cabe o fomento, o acompanhamento e avaliação de ações que se vinculam diretamente a assistência.

No anexo I, estão descritos os indicadores, dentre os quais estão incluídos os definidos na Matriz de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização (PNH) e no Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas RAS e na Vigilância à Saúde 2013-2014.

8. Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 549-560. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Operativo Anual 2009 – 2010.

BLANK, Vera Lúcia G. ;RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446. ISSN 0102-311X.

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

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. pp. 561 – 571.

BAHIA, Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e Vigilância à Saúde, 2013.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7508/2011**. Brasília, 2011. _____. Portaria Ministerial nº 4.279, de 30/12/2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Série B. **Textos básicos de Saúde**, 1. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1996/2007. Brasília, 2007.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

_____. Ministério da Saúde. Cartilha HumanizaSUS: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – **documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, Brasília, DF, 31 dez.1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MSSobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.**Diário Oficial da União**, 10 de out.1996.

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

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

DESLANDES, Suely F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidades. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 9, nº17. Mar/ago, 2005. p. 389-406.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 7-14. ISSN 1413-8123.

_____. Uma ótica de Gestores sobre a humanização da Assistência NAS Maternidades Municipais do Rio de Janeiro . **Ciênc.. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp 615-626. ISSN 1413-8123.

FERLA, Alcindo; CECCIM, Ricardo;. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação Observatório de Recursos Humanos. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 7 – 12.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**. 2005, vol.9, n. 18, pp. 489 - 506.

FLEURY, Sônia. OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

FUGANTI, Luiz. **Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 667-679. ISSN 1807-5762.

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

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo e BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl. 1, pp. 493-502.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009, pp.15 – 50.

GERMANO, José Willington. Globalização contra-hegemônica, solidariedade e emancipação social. In: **Cronos**, Natal (RN), v. 8, n. 1. Jan/jun. 2007. pp. 41 – 55.

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

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl. 1, pp. 771-780. ISSN 1414-3283.

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

MORIN, Edgar. **Rumo ao Abismo?** Ensaio sobre o destino da Humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. Sociedade-mundo ou Império-Mundo? In DUPAS, LAFER e SILVA (org). **A nova configuração mundial do poder**. São Paulo. Paz e Terra. 2008.

_____. Amor, poesia, sabedoria. Tradução Edgar de Assis Carvalho. – 8. ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

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

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

_____. Política de Saúde no Brasil. In Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed, Rio de Janeiro, 2003, p. 587 – 603.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo and HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4541-4548. ISSN 1413-8123.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidade. In: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, n. 6, 2001. pp. 341 – 360.

SANTOS, Milton (2000). **Por uma outra globalização; do pensamento único à consciência universal**. São Paulo: Record. (Introdução, caps. III, VI).

SANTOS, Reginaldo e RIBEIRO, Elizabeth. **A administração política como campo do conhecimento**. São Paulo: Mandacaru/Hucitec, 2009, parte I.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de e GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 603-613.

_____; Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 20 – 59;

_____; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 615-626.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. **Coleção Saúde Coletiva**, Ed. UNIJUI. 2009, 272p.

_____. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Coleção Ciência & Saúde**, v. 12: 2007, p. 999-1010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise and SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 721-725. ISSN 0034-8910.

SOLLA, Jorge P.; TEIXEIRA, Carmen F. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, vigilância e Saúde da família**. EADUFBa: Salvador, 2006, 237 p.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 681-688. ISSN 1414-3283.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2003; p. 89-111.

TEIXEIRA, Carmen (Organizadora). **Planejamento em Saúde:** Conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. pp.17-33.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

9. Glossário¹⁶

Acolhimento – acolhimento do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, desenvolvendo uma escuta qualificada as suas demandas, tendo em vista assegurar a resolutividade em todo processo de cuidado. Ao mesmo tempo, coloca os limites necessários e realiza articulação com os outros serviços de saúde para assegurar a continuidade do cuidado quando necessário.

Ações humanizantes: toda ação desenvolvida que coloca em análise o processo de trabalho de forma participativa, considerando as diversas nuances deste trabalho.

Ambiência – envolve a estrutura física, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2009).

Autonomia – No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional e Estadual de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde.

Clínica ampliada – Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adesão de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença.

Colegiado gestor: Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos.

Colegiado gestor de uma unidade de saúde: É composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Cuidado: “...ato de cuidar da vida.” e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção.

Gestão do conhecimento: Essa área do conhecimento é entendida como o compartilhamento, o armazenamento, a utilização, a geração e a mensuração da informação, tendo o elemento humano como relevante neste processo (GROTTO, 2001).

Gestão participativa: Construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): espaço composto por diversos trabalhadores da saúde com o objetivo de discutir os fluxos institucionais e os processos de trabalho.

Educação permanente: Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

Protagonismo: É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

Interdisciplinar: Processo de integração entre várias disciplinas e campos de conhecimento.

Práticas “desumanas na saúde”: práticas na saúde que excesso de medicalização, tecnificação, especialização, que produzem como resultado, um atendimento a saúde mecanicista.

Tecnologias duras: os instrumentos, a tecnificação.

Tecnologias leve-duras: o saber técnico estruturado.

Tecnologias leves: as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato.

Unidades de produção: corresponde ao setor que desenvolve uma determinada ação.

VERSÃO PRELIMINAR PARA CONSULTA PÚBLICA

Anexo I – Apresentação dos Coletivos

Fórum Estadual de Apoiadores da Política Estadual de Humanização (FEH) – espaço formado a partir do curso do Curso de Formação de Apoiadores da Política Estadual de Humanização, realizado em junho/2009, em parceria com o Ministério da Saúde, envolveu inicialmente 70 trabalhadores inseridos nos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) das unidades da rede própria, dos Centros de Referência e do Nível Central. Esses trabalhadores atuam como apoiadores das ações de humanização em seus espaços de atuação, contribuindo para a operacionalização do princípio da transversalidade e o desenvolvimento de ações humanizantes. Atualmente, os apoiadores reúnem-se mensalmente para compartilhar as ações desenvolvidas, sob a mediação da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (DGTES), estes encontros além de funcionar como sessões de Educação Permanente, fortalecem as ações de humanização desenvolvidas nas unidades de saúde da rede própria sob gestão direta.

Comitê Técnico de Humanização (CTH) – espaço reativado no ano de 2013, por meio da portaria n. 1.440/2013, de 19 de setembro de 2013, com função consultiva e propositiva a fim de subsidiar a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em relação à construção da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS na Bahia (PEH/BA), em conformidade com a PNH/2003. Esse espaço tem caráter permanente de 02 anos, podendo ser renovado por igual período e quantas vezes forem necessárias, de acordo com o interesse e/ou necessidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Núcleo Técnico de Humanização (NTH) – espaço instituído pela Portaria nº 1.399, de 29 de setembro de 2014, com função consultiva e executiva para o processo de implantação da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS na Bahia com o objetivo de formular, monitorar e avaliar o processo de qualificação e humanização do cuidado nas unidades de saúde na rede própria no SUS/Bahia. Com as competências de: Propor estratégias transversais para estimular a implantação das diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização, considerando as Redes de Atenção e Vigilância à Saúde; Articular as estratégias de humanização do cuidado nas unidades assistenciais e gestoras da SESAB; Coordenar a implementação e execução da Política Estadual de Humanização nas unidades da rede própria do Estado; Elaborar indicadores de acompanhamento, monitoramento e avaliação para compor os instrumentos de gestão da SESAB e do Estado; Articular na Comissão Estadual de Integração Ensino e Serviço (CIES) e nas Escolas do SUS – Bahia os processos educativos, considerando os fundamentos teóricos e metodológicos da Política Nacional de Humanização; Contribuir, junto ao Comitê Estadual de Humanização, com o processo de formulação e implementação da Política Estadual de Humanização do SUS.