

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Cadernos HumanizaSUS

Volume 3 Atenção Hospitalar

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.
 Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Cadernos HumanizaSUS v. 3

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
 Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Política Nacional de Humanização
 Endereço: SAF Sul, trecho 2, bloco F, 1ª andar, sala 102, Ed. Premium, torre II.
 CEP: 70070-600, Brasília – DF
 Tel.: (61) 3306-8130
 Fax: (61) 3306-8131
 E-mail: humanizasus@saude.gov.br
 Home pages: www.saude.gov.br/humanizasus
www.redehumanizasus.net

Organização:

Clara Sette Whitaker

Colaboradores:

Aide Mitie Kudo
 Amanda Almeida Mudjalieb
 Amanda Ornelas Carvalho
 Ana Maria da Silva
 Annatália Gomes
 Antonio Carlos Vazquez Vazquez
 Bernadete Perez Coelho
 Cacilda Geraldo dos Santos
 Caria Paranhos
 Carine Bianca Ferreira
 Clara Sette Whitaker
 Cláudia E. Abbês Baêta Neves
 Cristina Amélia Luzio
 Dário Frederico Pasche

Eliane Teixeira Leite de Almeida
 Erasmo Ruiz
 Erika Dittz
 Fabiana Almeida Dantas
 Gislene de Oliveira Nogueira
 Guilherme Cândido Costa
 Gustavo Nunes
 Jackeline Pillon
 José Luiz do A. C. Araújo Jr.
 Júlia Cristina do Amaral Horta
 Júlia Florêncio Carvalho Ramos
 Karla Larica
 Kelly Leonel Medeiros
 Léia Maria Madeira
 Lidiane Pereira Raposo
 Maira Barros Hasemi Magalhães
 Mara Xavier Melnik
 Mariluci Hautsch Willig
 Milena Maria Costa Martins
 Patricia Andreia Lima Maciel
 Priscila Bagio Maria
 Regina Célia Tanaka Nunes
 Ricardo Luiz Vilela de Castro
 Rosane Maria dos Santos
 Serafim Barbosa Santos Filho
 Sheylla Maria Moura Rodrigues
 Shirley Monteiro de Melo
 Tenile Guimarães Aguiar
 Teresa da Costa Freire
 Thiago Feitosa
 Vera Cristina Augusta Marques
 Vera Lúcia Patreze
 Verônica Duarte Processi
 Yara Cristina Neves Marques Barbosa
 Ribeiro
 Yumi Kaneko

Reportagens:

Bruno Aragão

Projeto gráfico e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Editora MS

Documentação e Informação
 SIA, trecho 4, lotes 540/610
 CEP: 71200-040, Brasília – DF
 Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
 Fax: (61) 3233-9558
 E-mail: editora.ms@saude.gov.br
 Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Amanda Soares

Revisão: Mara Pamplona

Júlio Maria Cerqueira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
 Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

ISBN 978-85-334-1760-1

1. Humanização do atendimento. 2. Formação profissional em saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.39:658

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0017

Títulos para indexação:

Em inglês: Hospital care

Em espanhol: Atención hospitalaria

Sumário

Apresentação	5
1 Atenção hospitalar em rede	9
2 Dimensão de planificação da Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde.....	17
3 Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil	29
4 Clínica ampliada e acolhimento: desafios e articulações em construção para a humanização hospitalar.....	51
5 Considerações sobre o processo de humanização no H.U. de Dourados – MS	63
6 Apelo à humanização da morte nas práticas de saúde	81
7 O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS	99
8 Visita aberta e direito a acompanhante: garantia de acesso, de inclusão e de cidadania.....	121
9 O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão do SUS: o caso da maternidade do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho – João Pessoa/Paraíba	129
10 Práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher	143
11 Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na emergência de um hospital universitário	163
12 Projeto Conhecendo Quem Faz.....	175
13 Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores.....	181
14 Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital universitário de grande porte no município de São Paulo.....	211
15 Cuidando dos Cuidadores – um programa multidisciplinar de acolhimento dos cuidadores informais no Hospital Geral de Pirajussara.....	227
16 A contação de história como estratégia de acolhimento na orientação pré-operatória: relato de experiência.....	235

17 A humanização no Conjunto Hospitalar do Mandaqui da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: da teoria à prática.....	245
18a Mário Gatti: quando bons encontros produzem mais e melhor saúde.....	251
18b No HU de Dourados, todo dia é dia de índio.....	257
18c Protagonismo desde o berço.....	261

Apresentação



Apresentação

A Política de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde nunca pretendeu inventar a roda. Ao contrário, parte das boas experiências do SUS, identifica seus princípios, seus arranjos, seus modos de funcionamento, e propõe diretrizes, dispositivos, ferramentas, para incentivar sua multiplicação.

É nesse contexto que a PNH publica este Caderno. Ele contém reflexões acerca da humanização nos hospitais, artigos analíticos sobre experiências com diretrizes e dispositivos da PNH, relatos e reportagens sobre iniciativas de humanização que dão certo. Humanização aqui entendida como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do usuário e do trabalhador.

O caderno se inicia mostrando-nos o contexto da atenção hospitalar no Brasil, e seu papel no sistema de saúde hoje, que se quer estruturar em rede. A seguir, o artigo sobre PNH e Planificação traz a importância da dimensão do planejamento e da avaliação, propondo auxiliar-nos na tarefa – muitas vezes deixada em segundo plano – de colocar em evidência a capacidade transformadora das nossas intervenções.

Os artigos seguintes nos permitem refletir sobre os novos paradigmas da humanização nos hospitais, e sobre duas importantes diretrizes da PNH, o acolhimento e a clínica ampliada. Mostram em que medida todos os dispositivos propostos se articulam entre si, e com outras iniciativas, para que sejam de fato desencadeadores de transformações das realidades dos hospitais.

A reflexão sobre a “boa morte” nos leva a pensar em novas atitudes para lidar com a morte e o morrer, tão presentes no cotidiano dos serviços hospitalares.

As experiências, vindas de Norte a Sul e de Leste a Oeste do Brasil, abordam diversos dispositivos da PNH e as mudanças que permitiram desencadear. A gestão participativa, a visita aberta e o direito ao acompanhante; mudanças nas maternidades e nos serviços de emergência; acolhimento à família cuidadora, acolhimento às crianças e o trabalho multidisciplinar são exemplos de iniciativas que, embora de amplitudes diferentes, têm grande potência para melhorar os serviços e o sistema de saúde.

Esperamos que estas reflexões e experiências, escolhidas em meio a tantas outras que estão acontecendo pelo Brasil afora, contribuam com ideias e ferramentas para os trabalhadores dos hospitais, ao mostrar que é possível mudar, sim, e que isso só depende de nós. Somente incentivando os primeiros passos e valorizando os pequenos avanços é que conseguiremos tornar os serviços sempre melhores para todos.

Política Nacional de Humanização

Ministério da Saúde

1

Atenção hospitalar em rede

Karla Larica Wanderley¹



Há muito se diz sobre a necessidade de se implementar políticas específicas para o setor hospitalar brasileiro que induzam a uma reestruturação capaz de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional. A Atenção Hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção.

Segundo a OMS, o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos.

Na prática, estas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde.

Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde. São mais de 7,5 mil instituições que produzem mais de 11 milhões de internações por ano, segundo dados do DATASUS/MS (ano base 2008).

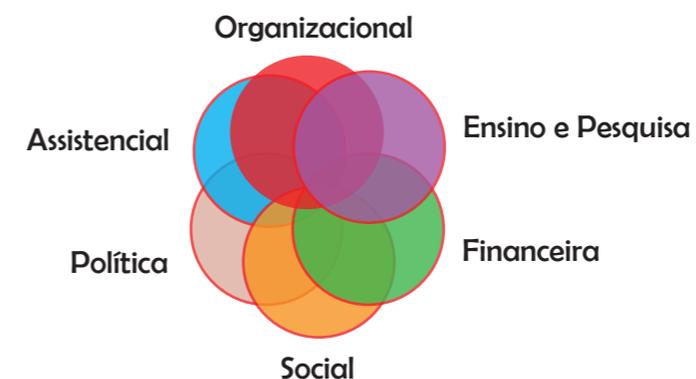
Assim, ao se discutir a necessidade de (re)construção de um novo papel dos hospitais brasileiros dentro da rede de serviços do SUS é preciso apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que

Diretora Substituta do Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS e Coordenação Geral de Atenção Hospitalar.
karlalaricaw@gmail.com

possam ser, de fato, estruturantes e coerentes para a garantia e ampliação do acesso à população usuária dos serviços do SUS.

O debate atual sobre a situação da Atenção Hospitalar no Brasil está marcado pela percepção de algumas dificuldades que possuem várias dimensões conjunturais e que interagem entre si. Coexistem aspectos estreitamente vinculados aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que direta ou indiretamente interferem no setor, como por exemplo, o ensino e a pesquisa.

Figura 1 – Dimensões da área hospitalar



Em cada uma dessas dimensões é possível destacar variáveis que contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora. Na dimensão **Financeira**, destacam-se os aspectos relacionados com as opções em termos de mecanismos de custeio das unidades, bem como aspectos relacionados com a geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades existentes. Na dimensão **Política**, pode-se destacar a opção por uma dada direcionalidade, seja por privilegiar o modelo hospitalocêntrico como proposta hegemônica para a sociedade, seja inversamente, para fortalecer a atenção primária como vem sendo denominada no Brasil, aí incluídas as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e a assistência, essa última redefinida a partir da ênfase na assistência ambulatorial, em busca de maior cobertura, efetividade e satisfação da população. Do ponto de vista político-gerencial essa dimensão inclui o estabelecimento de mecanismos de regulação do sistema hospitalar o qual contribui para a dimensão **Organizacional** que trata de definir o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços, tema que tem sido objeto de amplo debate internacional, em torno das alternativas de construção de redes assistenciais voltadas à prestação de serviços específicos, como é o caso das redes de serviços de urgência e emergência, as

UTIs, os serviços de atenção ao parto e à gestação de alto risco, os serviços de assistência oncológica, etc. A questão que se coloca é se a organização dessas redes leva ou não em conta o princípio da integralidade, que preconiza a implantação e articulação de serviços em vários níveis de complexidade, orientando, portanto, a constituição de sistemas de referência e contrarreferência de informações e pessoas, usuários, em algum momento, das diversas redes assistenciais.

Na dimensão propriamente **Assistencial** pode-se enfatizar o modo de organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, o que põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários.

A dimensão do **Ensino**, por sua vez, aparece nos hospitais que se constituem em espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, tendendo a reproduzir um modelo médico-assistencial hegemônico, com todos os seus corolários em termos da divisão técnica do processo de trabalho, fragmentação dos objetos e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, emoldurados pela perda da qualidade na relação dos profissionais de saúde com os pacientes. Nessa dimensão situa-se o enorme desafio de mudança na formação do pessoal de saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem.

Tudo isso tem implicações, evidentemente, na dimensão **Social**, na medida em que a população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e dos processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitados, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia.

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial. Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretenda formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis. A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas

de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo.

O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um (re) ordenamento e uma redefinição de ações para a atenção hospitalar no Brasil, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários; e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características:

Ser um lugar para manejo de eventos agudos;

Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;

Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;

Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;

Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários.

A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde que não atendem a maioria dessas características. Pelo contrário, essa rede é bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste do país.

Outro elemento central na elaboração e implementação de políticas na área de atenção hospitalar é o claro entendimento de que os hospitais não constituem ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. É de extrema importância que todas as medidas adotadas considerem os hospitais e a sua inserção na rede. Essas instituições devem ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Vale aqui destacar o papel dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas.

Nesse sentido, tem-se trabalhado considerando as diferentes realidades da rede hospitalar brasileira. O resultado deste esforço tem proporcionado, além do diagnóstico e da análise, a possibilidade de melhor compreensão e caracterização dos problemas e das dificuldades atuais, definindo, assim, as diretrizes para as ações da área e a priorização de segmentos hospitalares estratégicos.

Na busca de novas perspectivas para o setor hospitalar brasileiro, tem-se apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS. São elas a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar.

Neste momento, destaca-se o desafio de promover uma maior inserção dos hospitais no SUS, entendido como um princípio que permite a integração funcional na rede de serviços disponíveis para a população, com ampla participação do gestor local para a discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas em prol do sistema.

Outra questão relevante e que avança na área hospitalar, induzida por políticas específicas do Ministério da Saúde é a da contratualização dos serviços de saúde definida como um mecanismo de planejamento para a organização da gestão local, com definição de metas quanti e qualitativas, e ênfase na relação entre gestores e prestadores na busca de resultados.

Atualmente, são mais de 1.327 hospitais contratualizados por intermédio de ações específicas do Ministério da Saúde, sendo 432 hospitais de pequeno porte, 756 hospitais filantrópicos e 139 hospitais de ensino. Essa nova lógica de relacionamento entre gestores e prestadores tem contribuído para a discussão do novo papel dos hospitais na rede de serviços do SUS integrados e participantes dentro do seu espaço na linha de atenção integral aos usuários do SUS.

Na procura de sistemas de saúde equitativos, solidários e eficientes, surge a necessidade de estruturar a diversidade. Com tal fim, têm sido propostas as atuais políticas na área hospitalar, como forma de organizar estrategicamente segmentos específicos, mas apostando nas redes integradas de atenção à saúde, onde os hospitais, mesmo sendo as estruturas mais complexas do setor Saúde, desempenham e assumem seu papel peculiar.

A rede hospitalar no SUS enfrenta uma nova situação de exercer a prática cooperativa. O centrismo do hospital e a sua departamentalização/fragmentação excessiva devem ceder espaço ao hospital que dê valor ao conjunto da rede de serviços e coopere, eficazmente, com seus usuários (internos e externos) antes e depois da hospitalização. Esta evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos desnecessários.

A necessidade de potencializar a rede de serviços faz com que os hospitais já não se situem na cúspide do sistema sanitário. Debates recentes indicam que os hospitais estão perdendo suas fronteiras tradicionais e mudando sua posição no sistema de saúde. Já não é possível concebê-lo senão como integrante de uma rede de serviços de saúde, um conceito que ganha protagonismo no Brasil com o avanço da atenção primária como porta de entrada e reorientadora de todo o modelo de saúde. Ao formar parte de uma rede de serviços de saúde, o hospital amplia o seu horizonte de atuação, enfrenta as relações mais diversas e persegue um objetivo mais preciso: a efetividade social.

Vivemos um momento em que é preciso em muito avançar na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde através da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e descentralização das ações. De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade.

Assim, a discussão sobre o papel da atenção hospitalar na rede de serviços de saúde ganha concretude ao alinhar a questão hospitalar ao cumprimento de sua missão institucional que é a da efetividade social, onde essas instituições constituintes da rede de serviços do SUS devem disponibilizar e entregar todos os seus processos produtivos às novas exigências epidemiológicas e às crescentes expectativas dos usuários, entendidos neste contexto como a razão maior de todos os esforços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: diretrizes para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Documento preliminar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. [S. l.]: Opas; OMS, 2004.

OMS. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

2

Dimensão de planificação da Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde

Serafim Barbosa Santos Filho¹



2.1 As ofertas da Política Nacional de Humanização na Linguagem da Planificação

Desde que foi criada, em 2003, a Política Nacional de Humanização/PNH vem se consolidando em vários âmbitos de intervenção, partindo das bases estruturantes previstas em seu marco teórico-político (BRASIL, 2008). Na medida em que foi se expandindo e se aprofundando na abertura de frentes de ação, a PNH passou também a se preocupar com um olhar avaliativo sobre seus processos, daí resultando em importantes investimentos em metodologias e instrumentos de avaliação (SANTOS FILHO, 2006; SANTOS FILHO, 2007; SANTOS FILHO, 2009). Por outro lado, ao mesmo tempo em que se foi “abrindo-aprofundando o olhar avaliativo”, foram surgindo várias questões relacionadas ao modo como a Política tem “apresentado” suas propostas/objetos/ofertas, observando-se que muitas vezes as suas orientações gerais não são bem compreendidas em eixos de objetivos e metas a serem concretizados no âmbito dos serviços de saúde. A experiência de aproximação com diferentes públicos e atores dos sistemas de saúde tem deixado ver as diferentes percepções institucionais que se têm da PNH, não sendo incomum a percepção de uma certa dificuldade em compreender concretamente os princípios e diretrizes da Política. Em algumas situações, há mesmo uma certa dificuldade em se perceber como o marco referencial da Política se traduz (ou pode-se traduzir) em ações e mudanças efetivas nas práticas de cuidado, na realidade dos serviços. Entendemos que essas “dificuldades de compreensão” trazem consequências importantes quanto ao propósito de consolidação da Política (que pressupõe ampliação de alianças e parcerias), gerando muitas dúvidas sobre o seu “sentido” e sua capacidade efetiva de se instituir como intervenções e resultados concretos.

A partir de nossas observações avaliativas e interlocuções mais recentes com serviços e atores comprometidos com a multiplicação e transversalização da Política, consideramos necessário a retomada dos princípios e diretrizes da PNH, canalizando-os em eixos de planificação, isto é, em agrupamentos de metas e indicadores capazes de “traduzir-explicitando” as suas intencionalidades (servindo como um modo-instrumento para facilitar a introdução da Política com os gestores e trabalhadores). De uma maneira mais ampliada, já foi sistematizado um conjunto de matrizes lógicas de indicadores relacionados à PNH, especialmente em um documento denominado “Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” (SANTOS FILHO, 2006). Nosso objetivo agora neste texto é compor matrizes demarcando bem especificamente: (i) quais são as metas de implementação de ações quando os serviços criam uma agenda institucional com a PNH e (ii) quais os âmbitos de mudanças/efeitos que se espera alcançar a partir das intervenções realizadas junto com os coletivos/equipes. Propõe-se assim uma compreensão de como se materializam os processos da/na PNH, com o cuidado de reafirmar que não se intenciona uma previsão abstrata de ações e resultados (abstrato no sentido de pretensas prescrições genéricas para serem

¹Médico Sanitarista, Professor da PUC/MG, pesquisador do NESCON/UFMG e Consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. serafimsantos@terra.com.br

cumpridas), mas também não deixando parecer que se trabalha no “vazio de metas e resultados”. E, sobretudo, chamando a atenção (na ótica do planejamento e gestão) para algumas condições político-institucionais que precisam ser criadas para viabilizar as ações e as mudanças esperadas. A questão central pode então ser formulada da seguinte forma: o que pode a PNH, quais processos e efeitos ela pode trazer/disparar como mudanças efetivas nos serviços/equipes? Julgamos bastante relevante essa discussão no momento atual (no bojo dos processos avaliativos), para pôr em evidência as experiências que vêm sendo desenvolvidas e seus diversos âmbitos de êxitos, demonstrando a capacidade interventiva da Política. Por outro lado, também trazendo à tona os diversos âmbitos de limites na implementação de ações, sempre associados às condições institucionais de sua viabilização.

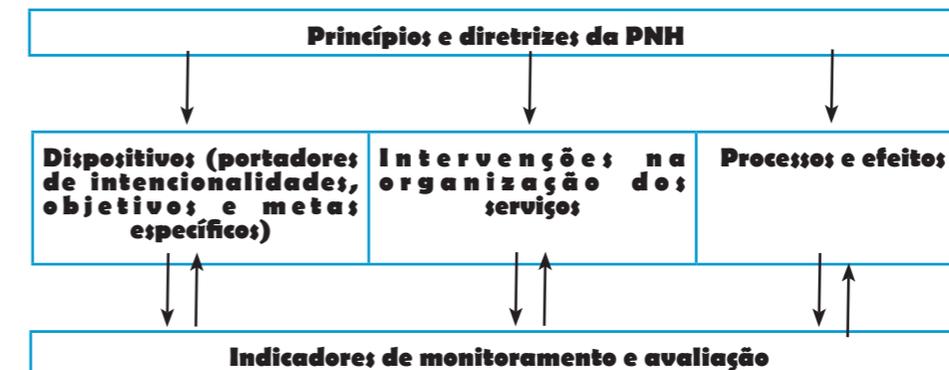
Como a PNH se (retro)alimenta ou se (re)direciona com a própria experimentação que vamos tecendo com os serviços/coletivos, vale ressaltar os sinais que temos recebido de “aprovação” da Política como “ferramenta potente”, quando a enfatizamos na sua dimensão de planificação e de busca de corresponsabilização com a viabilidade do que se planeja.

2.2 Diretrizes da PNH e Planejamento Baseado em Metas

Nos tópicos seguintes sistematizamos, de forma esquemática e operacional, os referenciais da PNH e seus eixos de planificação.

Neste primeiro desenho, ilustramos a articulação dos eixos estruturantes da Política e sua dimensão de planejamento e monitoramento.

Figura 2 – Articulação dos eixos estruturantes da PNH e Planejamento de Ações



Fonte: (SANTOS FILHO, S.B., 2009).

A seguir apresentamos o modelo de matriz utilizada na sistematização das diretrizes e metas (aqui compreendidas como os próprios indicadores), explicando-se as categorias que estamos utilizando nesta matriz-modelo.

Os focos de interesse/intervenções da Política de Humanização englobam: (i) a organização do trabalho (os trabalhadores como protagonistas da prática) e (ii) a prestação de serviços (atenção e respostas aos usuários). É esse contexto que deve direcionar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da Política.

Quadro 1 – Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão.

DIRETRIZES		
Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão.		
ÂMBITO DE EFEITOS ESPERADOS		
Mudanças refletindo as diretrizes (e os princípios) da PNH.		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
Indicadores representativos dos processos, ações e movimentos disparados; são “meios” estratégicos para disparar e sustentar ações para mudanças; são também produtos de mudanças na organização do trabalho. (traduzem-se como produtos relacionados aos processos)	Indicadores representativos das transformações nas práticas de atenção e de gestão, indicando o que mudou (o que se espera mudar) no processo de trabalho e para os usuários (em suas demandas, em seu atendimento, em sua saúde, satisfação).	Condições consideradas essenciais para induzir e suportar os movimentos de mudanças. São condições que podem ser criadas, coconstruídas, juntamente com os demais movimentos de mudanças, mas devem ser entendidas como posturas político-institucionais essenciais para assegurar ou potencializar condições de viabilidade aos processos de mudanças.

O conjunto de indicadores e pressupostos deve explicitar exatamente o que se espera desenvolver, implantar, alcançar, etc., seguindo-se as diretrizes da PNH.

Os indicadores de implementação de ações assumem relevância especial na PNH, porque não são apenas “produtos intermediários”, mas refletem a especificidade quanto ao “modo de fazer” da Política, modo que opera essencialmente com constituição de espaços estratégicos e de coletivos para assumir e coconduzir (de forma corresponsabilizada) os projetos de mudanças. Este é um âmbito que bem explicita a compreensão de “intervenção” na PNH – “estar/agir no entre” para disparar processos. Explicita também a função de apoio/apoiador, sempre contando com apoiadores da PNH para ajudar na constituição e dinâmica desses coletivos e dos projetos.²

A seguir estão sistematizadas matrizes partindo das diretrizes da PNH e reunindo indicadores que refletem as principais metas a serem objeto de contratualização nos momentos de planejamento e pactuação.³

²Para aprofundar a compreensão das concepções de “apoio institucional” e “intervenção”, ver textos de referência da PNH, disponíveis no site da Rede HumanizaSUS/RHS e em artigos e livros diretamente relacionados aos referenciais teórico-metodológicos da Política.

³Para aprofundar a compreensão das diretrizes e dispositivos da PNH, consultar publicações específicas relacionadas aos conceitos, métodos e análises de experiências implementadas (publicações de referência no site da Rede HumanizaSUS e citadas nas referências bibliográficas). Para aprofundar em indicadores mais detalhados, consultar o documento “Monitoramento e avaliação na PNH: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” (citado nas referências bibliográficas).

2.3 Matriz de Indicadores com Base na Diretriz de Cogestão

Quadro 2 – Matriz de Indicadores: Cogestão

DIRETRIZ: COGESTÃO		
Diretriz afeta à implementação de espaços coletivos/colegiados para análises coletivas, diagnósticos, pactuações e condução de ações para mudanças das práticas de atenção e gestão.		
ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS		
Corresponsabilização; Alteração no padrão de comunicação; Fomento de redes; Protagonismo e Autonomia dos trabalhadores.		
Espaços como dispositivos para a circulação da palavra, e decisão participativa para aumentar o grau de democracia nas organizações, e a capacidade de análise e de intervenção dos trabalhadores.		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
Espaços coletivos e/ou grupos estratégicos constituídos: <ul style="list-style-type: none"> • Unidades funcionais/de produção implementadas a partir de reorganização do organograma institucional; • Colegiados gestores (geral e de unidades funcionais/de produção); • Comitês estratégicos: de acolhimento e classificação de risco, de Saúde e Trabalho, etc.; • Conselhos gestores, incluindo usuários; • Serviços de escuta e ouvidoria (usuários e trabalhadores). Agendas de funcionamento: <ul style="list-style-type: none"> • Planos de trabalho elaborados; • Plano diretor de gestão; • Agenda programada e pactuada institucionalmente (funcionando como rodas); • Agenda de educação permanente. Dispositivos indutores e catalisadores dos processos: <ul style="list-style-type: none"> • Contratos internos de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços colegiados instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.); • Aumento do grau de corresponsabilização, de participação e de autonomia; • Aumento da capacidade de viabilização de ações, de “despachos institucionais”, de construção de alianças, de enfrentamento de problemas; • Aumento da capacidade de acompanhamento de ações; • Ampliação do sentimento de pertencimento institucional (valorização dos trabalhadores); • Viabilização de oportunidades para análise do trabalho (rodas, “incluindo” os problemas, conflitos, etc.); • Aumento do grau de satisfação dos trabalhadores. 	Mudanças na gestão como condição para sustentar outras mudanças. <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade institucional para mudar o “modo de fazer gestão”; • Adesão do gestor (construção concreta de parceria); • Movimentos concretos de enfrentamento de situações, de resistências, de interesses diversificados; • Construção de uma agenda programática: de metas, movimentos, ações, com plano de acompanhamento.

2.4 Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

Quadro 3 – Matriz de Indicadores: Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E CLÍNICA AMPLIADA		
<p>Reorganização dos processos de trabalho e ambientes institucionais, seguindo-se as perspectivas clínica, ética e política (tecnologia do encontro: vínculo, escuta qualificada e inclusiva, postura na relação/encontro).</p> <p style="text-align: center;">ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS</p> <p>Vínculo; Inclusão; Adequação de oferta/respostas conforme gravidade dos casos; Resolubilidade; Indução à formação de equipes multiprofissionais de referência (apropriação e uso articulado de conhecimento, habilidades e instrumentos; codecidindo).</p>		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Comitês constituídos e planos de trabalho pactuados (movimentos locais e em rede); • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Realização de diagnósticos e mapeamento de situações, demandas, fluxos, etc.; • Agenda de capacitações sistemáticas (% de trabalhadores capacitados em temas afins); • Construção coletiva de ferramentas: protocolos (de ACR), manuais (critérios, rotinas, fluxos, informações sobre a rede, etc.); • Projetos de adequação dos ambientes. 	<p>Mudanças no processo e relações de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Novos padrões de organização para qualificação do atendimento: critérios e fluxos (casos priorizados conforme vulnerabilidade, risco); • Vínculo/fluxos instituídos com o sistema de saúde locorregional (rede); • Mudanças na postura dos trabalhadores/equipes (escuta, qualidade da interação); • Configuração de equipes multiprofissionais de referência, atuando com o referencial e instrumentos da clínica ampliada (instrumentos integrados); • Espaços físicos (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência. <p>Ampliação do acesso e grau de resolubilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuais de casos “atendidos”, “solucionados”, “redirecionados”, conforme critérios definidos nos protocolos (redução das filas); • Percentuais de redução dos tempos de espera (conforme protocolo); • Percentuais dos casos atendidos e encaminhados à rede (básica ou outra) com procedimentos marcados a partir do hospital; • Percentual de altas de pacientes de grupos de risco, com encaminhamentos para acompanhamento na rede básica; • Aumento do grau de satisfação dos usuários (avaliações criteriosas). 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão do arranjo organizacional, redefinindo a hierarquia de gestão e de condução de casos;</p> <p>Estratégias de articulação e pactuação em rede.</p>

2.5 Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Direito a Acompanhante e Visita Aberta

Quadro 4 – Matriz de Indicadores: Direito a Acompanhante e Visita Aberta

DIRETRIZ: DIREITO A ACOMPANHANTE E VISITA ABERTA		
<p>Reorganização do serviço para atender ao direito do paciente internado de ter junto de si a sua rede familiar e social (perspectivas clínica, ética e política: vínculo, participação e controle social).</p> <p style="text-align: center;">ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS</p> <p>Repercussões quanto ao conforto do paciente, da família; repercussões nas condições de recuperação; controle social; momento de aprendizagem da família para cuidados básicos; contribuição no ganho de autonomia do paciente e acompanhante; indução à consolidação de equipes multiprofissionais de referência.</p>		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Comitês constituídos e planos de intervenção pactuados; • Projetos de adequação dos ambientes e mobiliário; • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Projetos e instrumentos desenvolvidos para facilitar a comunicação e informação sobre serviços e direitos dos usuários (informações visuais sobre funcionamento dos serviços, crachás, placas de identificação nos leitos, cartilhas, boletins, documentos-guia sobre os direitos e normas do serviço); • Ouvidoria ou serviços estruturados para escuta e avaliação dos usuários e acompanhantes; • Pesquisas de opinião sobre a proposta de acompanhantes na internação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital funcionando com direito a acompanhante e com visita aberta (normas institucionalizadas); • Espaços físicos e mobiliário (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência; • Equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes (disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.); • Escalas de atribuições e horários pactuados com profissionais/equipes para interlocução com pacientes e acompanhantes; • Material informativo disponibilizado regularmente em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes; • Aumento do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes (avaliações criteriosas) • Avaliações envolvendo equipes e estagiários do hospital, produzindo indicadores sobre os efeitos do hospital com acompanhante, na perspectiva ético-clínico-pedagógica; • Avaliações estabelecendo correlações com redução dos tempos de permanência de internação. 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão da concepção de organização e funcionamento do hospital;</p> <p>Estratégias de sensibilização e pactuação com as categorias profissionais, conduzindo a discussão na perspectiva de equipe.</p>

2.6 Sobre a Diretriz de Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

A diretriz de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde incorpora as outras diretrizes e se amplia em diferentes sentidos, demarcados de forma mais aberta na matriz que se segue.

Salientamos que essa diretriz deve permear ou transversalizar-se a todos os esforços institucionais que estejam sendo pensados para interferir na chamada precarização do trabalho atual em saúde. Por precarização compreendem-se desde as situações de instabilidade na forma de contratação e vínculos trabalhistas até as inadequações das condições de trabalho e dos modelos de gestão autoritários ou pouco participativos. A experiência de contato com os serviços, bem como estudos atuais no campo da saúde e trabalho, revelam um amplo conjunto de marcadores das precárias condições de emprego, trabalho e saúde (e suas consequências em indicadores de adoecimento, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, desmotivação, insatisfação e sofrimento), não sendo possível que esse “tema” fique de fora das discussões locais (a ser tratado como pauta de gestão). Também são as experiências concretas que têm mostrado que, ao se tentar deixar de fora a discussão dessas questões, perde-se a oportunidade de contar com o “potencial de disponibilidade” dos trabalhadores, fragilizando ou inviabilizando movimentos de aliança para mudanças.

Quadro 5 – Matriz de Indicadores – Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

DIRETRIZ: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE		
Constituição de espaços/oportunidades sistemáticas para análises coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização com as avaliações e também com as propostas que sejam deliberadas como viáveis.		
ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS		
Corresponsabilização; ampliação do grau de comunicação entre sujeitos/equipes/gestores; protagonismo e autonomia dos trabalhadores (levando em conta os diferentes fatores intervenientes nas relações estabelecidas com o processo produtivo).		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmação de dispositivos de cogestão, com participação efetiva dos trabalhadores. Exemplos: mesas locais de negociação permanente; instâncias locais de análises e intervenções (CIPAs e outros tipos de comissões de saúde); 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços coletivos instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.); 	Enfatiza-se especialmente a disponibilidade de gestores e trabalhadores para construir viabilidade para mudança do modelo institucional de gestão, afirmando a cogestão como princípio ético, estético e político.

continua..

...continuação

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Pautas sistemáticas de análise das condições de trabalho, sistematizando indicadores locais ilustrativos dos ambientes e “cargas/risco de trabalho”, perfil de morbidade dos trabalhadores, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, discutindo suas causas e fomentando intervenções; • Pautas específicas de discussão sobre avaliações de desempenho, não apenas reproduzindo a lógica restrita de produtividade, mas comendo com os trabalhadores metas, critérios e parâmetros que atendam ao triplice interesse institucional (usuários, gestores e trabalhadores); • Pautas específicas para discussão de diferentes tipos de incentivos que possam ser negociados e atrelados aos resultados coletivos do trabalho; • Planos de qualificação (educação permanente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações com enfoques em indicadores que demonstrem alterações quanto à horizontalização das relações, (re)distribuição de poder intrainstitucional, capacidade de promover pertencimento, grau de satisfação, redução dos casos indicativos de sofrimento e afastamentos devido às condições de trabalho (e indicadores afins). 	

2.7 Planejamento e Acompanhamento Avaliativo na Lógica de Contratos de Gestão

Os contratos internos de gestão são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Devem ser entendidos como campo de negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades, em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde. Campos (2006) reafirma o conceito de contrato social no sentido de “estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado”. Considera que nessa perspectiva o contrato significa ou aponta para uma formação de compromisso entre sujeitos.

Algumas experiências analisadas atestam o potencial dos contratos de gestão em sua capacidade de promover mudanças institucionais (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). O próprio ato de implementação dos contratos induz transformação nas relações de

trabalho, promovendo corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, com valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção. Podem assim ser considerados dispositivos/instrumentos potentes para a pactuação de metas e avaliações participativas, produzindo efeitos na organização e relações de trabalho e aumentando a eficiência e a eficácia institucional.

2.8 Desafios para Incorporação da PNH na Pauta da Gestão dos Serviços

A PNH pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços de saúde. Por essa via de compreensão, pode não somente interferir em padrões de qualidade, como também estimular a discussão sobre a concepção de qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população (para resultar em serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários – Santos Filho, 2009).

Esses âmbitos de qualidade remetem-se ao que se compreende na PNH como âmbitos inseparáveis de gestão e atenção em saúde. São, portanto, objetos/pautas que precisam ser assumidas pelas equipes gestoras, em aliança com os usuários e trabalhadores (estes também sempre gestores de seu fazer cotidiano), para propiciar mudanças no trabalho. Nessa perspectiva a PNH age/intervém buscando fomentar essas alianças, fortalecendo as relações, no referencial da tríplice inclusão: dos trabalhadores, gestores e usuários.

Para “atrair” o interesse desses atores é necessário que a PNH se apresente e se institua em uma dimensão de planificação (incluindo acompanhamento avaliativo), explicitando objetivos e metas afinadas com os múltiplos interesses institucionais. Considerar “múltiplos interesses” significa compreender que usuários e trabalhadores/gestores ocupam o mesmo âmbito de importância (como protagonistas) na organização do serviço (no processo de produção de saúde), tornando-se estratégica a postura de escuta atenta e respeitosa desses atores, promovendo e fortalecendo sua inclusão/participação.

Consideramos que o ato de escuta, planejamento, execução e avaliação de ações/processos deve constituir um movimento inseparável, sempre com o caráter de avaliar coletivamente para produzir sinais indicativos dos rumos que precisam ser redirecionados. E consideramos que a indução desse movimento, ou da articulação desse movimento, é uma atribuição essencial da PNH (como “intervenção nos modos de fazer”) e entendemos que é esse exercício que pode ajudar na consolidação da Política no cotidiano de trabalho.

Ao se planejar a incorporação da PNH ao âmbito dos serviços, deve-se atentar para a articulação de metas que reflitam esses movimentos estratégicos e os efeitos que se esperam deles. Assim, demarca-se a racionalidade de potenciais resultados da Política, seguindo-se fielmente seus eixos referenciais sustentados pelas perspectivas ética, estética e política.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 13, supl.I, p. 615-26, 2009.