



humaniza**SES**

Política Estadual de Humanização



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Núcleo Técnico de Humanização

Política Estadual de Humanização - PEH

Maio de 2012



Índice

Justificativa	4
Percurso da Humanização na SES-SP de 2000 a 2010.....	7
Conceito.....	9
Objetivos.....	9
Linhas de Ação.....	9
Metodologia.....	12
Anexos.....	13
• Anexo 1 – Núcleo Técnico de Humanização SES.....	13
• Anexo 2 – Centros Integrados de Humanização.....	14
• Anexo 3 – Apoio e Formação em Humanização.....	20
• Anexo 4 – Alinhamento às Redes Temáticas.....	22
• Anexo 5 – Composição dos Grupos Macrorregionais.....	28
Legislação.....	33
Bibliografia.....	38



Justificativa

A melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde é um dos maiores desafios nacionais e deve figurar entre as prioridades dos governos nos diferentes níveis da administração pública. Os princípios básicos que orientam os gestores públicos na busca desse objetivo estão definidos no SUS - Sistema Único de Saúde. Criado em 1988, o SUS nasceu para propiciar acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população.

Sabe-se que, a concretização de um objetivo dessa magnitude envolve um enorme e permanente esforço para estruturação e articulação dos diferentes fatores e recursos (materiais, tecnológicos, humanos, gerenciais, financeiros) dos quais depende a qualidade do sistema público de saúde.

Há alguns anos, um conceito, não novo, mas certamente inovador, vem revelando grande potencial para promover avanços na organização e funcionamento dos serviços de saúde: a atenção e a gestão humanizadas.

Muito embora não seja um assunto recente, nos últimos anos o termo humanização tem recebido destaque cada vez maior. Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde teve como tema "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", trazendo pela primeira vez o assunto para discussão nacional. No mesmo ano, o tema ganha um novo direcionamento institucional, fundamentado, principalmente, no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH e posteriormente na Política Nacional de Humanização - PNH trazendo a proposta de mudança nos modelos de atenção e gestão em todo o sistema e serviços de saúde.

O PNHAH¹ foi formulado com base em um diagnóstico, realizado à época pelo Ministério da Saúde, que constatou a insatisfação dos usuários em relação à qualidade do atendimento que recebiam, principalmente no tocante a aspectos do relacionamento com os profissionais de saúde. Constituiu-se como programa ministerial bastante singular, se comparado a outros do setor, pois buscou promover uma nova cultura de atendimento à saúde². Em coerência com a natureza do tema da humanização – fenômeno transversal, subjetivo e de caráter processual - o programa propôs um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do país, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições. Estabeleceu como metas fundamentais aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, entre os próprios profissionais em sua diversidade de funções - aí incluídas as funções de gestão e entre os hospitais e a comunidade - representada pelos Conselhos de Saúde.

As ações implementadas pelo PNHAH foram desenvolvidas em oito Regiões Sede, distribuídas em todo o país e incluindo na composição de suas equipes de trabalho gestores, trabalhadores de saúde e comunidade, além dos consultores regionais do PNHAH. A metodologia empregada permitiu a multiplicação progressiva das ações de humanização para um grupo crescente de hospitais da rede pública, através do apoio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e algumas Secretarias Municipais de Saúde, e dos hospitais que foram capacitados³. Em sua etapa final de implementação, seus objetivos voltaram-se para a elaboração conjunta de diagnósticos situacionais das atividades desenvolvidas e para o fomento à elaboração de propostas estaduais de humanização.⁴

1 Brasil, 2001.

2 Deslandes, 2004.

3 O PNHAH no período final de sua implementação, junho de 2003, contou com a participação de 535 hospitais, das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e 88 Secretarias Municipais de Saúde.

4 Os Estados que contaram com o apoio mais efetivo dos gestores locais, que constituíram Comissões de Humanização institucionalizadas, que desenvolveram planos de ação e realizaram avaliação das ações apresentaram propostas para projetos Estaduais de humanização bastante interessantes e sintonizados com as necessidades e características locais, considerando, em geral, não só os hospitais, mas também a rede de serviços de saúde. Exemplos destes projetos puderam ser vistos nos Estados de Goiás, Minas Gerais, Bahia, Distrito Federal, Paraná e Santa Catarina.

O PNHAH, entendido como um processo que visou a uma mudança da cultura de atenção à saúde e que, diferentemente de programas mais tradicionais realizados no campo da saúde pública, não atuou por meio de normatizações descontextualizadas ou protocolos pré-definidos, baseou sua prática em diretrizes para o desenvolvimento das relações de trabalho e atendimento nas instituições hospitalares e das relações entre estas instituições e o sistema de saúde. O foco principal do programa foi o fortalecimento da cultura de participação, cooperação e corresponsabilidade. Na metodologia proposta houve uma especial consideração às singularidades de cada realidade regional, de forma que cada núcleo de capacitação regional definiu as propostas e estratégias nos Estados. Deste modo, respeitando-se as diretrizes gerais definidas pelo PNHAH, garantiu-se que a proposição e a execução das ações nas várias regiões expressassem uma considerável riqueza e diversidade de métodos e conteúdos, e se concretizassem sempre como uma construção coletiva de instrumentos e recursos para a multiplicação e a descentralização das ações.⁵

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização – PNH. A proposição de uma “política” ao invés de “programa” marcou o caráter transversal da humanização e promoveu sua inserção nas diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde – SUS. A PNH traduz a humanização como modo de operação dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de atenção à saúde, favorecendo trocas solidárias entre os componentes dessa rede – usuários, trabalhadores e gestores, enfatizando a indissociabilidade entre assistência e gestão humanizada.⁶

Sintonizada com as diretrizes do SUS, a PNH buscou contribuir para a solução de problemas que, reconhecidamente, dificultam a implementação do próprio SUS, entre eles: a fragilização dos vínculos entre as unidades de saúde nos diferentes níveis de atenção; a desorganização do acesso aos serviços e ações de saúde; a fragmentação dos processos de trabalho no interior das unidades; a fragilidade do diálogo e da interação entre os profissionais nas equipes de saúde e entre elas e os gestores; o desrespeito aos direitos dos usuários; o despreparo para lidar com dimensões sociais e subjetivas; a pouca utilização da voz dos usuários e dos profissionais de saúde como ferramentas de gestão; o atendimento aos usuários baseado no modelo “queixa-conduta”, em oposição ao modelo de atendimento integral preconizado pelo SUS, além do despreparo das instituições para investir no desenvolvimento dos profissionais de saúde e contemplar um arco mais amplo de necessidades destes profissionais – qualificação, participação, protagonismo.⁷

A PNH está definida a partir dos princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão e do fortalecimento do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O primeiro princípio enfatiza a PNH como política que deve estar presente em todas as demais políticas e programas do SUS, buscando modificar as relações de trabalho, aumentar o grau de comunicação intra e intergrupos e favorecer maior integração e participação entre as pessoas e grupos. O segundo princípio afirma como inseparáveis os processos de gestão e atenção à saúde – o modo de se fazer gestão interfere diretamente na qualidade do cuidado e da assistência em saúde. Esse princípio reafirma a importância da participação de trabalhadores e usuários na tomada de decisões na gestão dos serviços e da rede de saúde. O terceiro princípio destaca o valor da ampliação da autonomia e do compartilhamento de responsabilidades – de usuários, familiares e trabalhadores de saúde – para que se alcancem mudanças concretas na gestão e na atenção à saúde.

Nesses princípios está inserida a valorização:

- Dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Da mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Do apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS;

⁵ Brasil, 2003a.

⁶ Brasil, 2003b.

⁷ Brasil, 2003b.

- Do estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão;
- Do fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Do compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Do compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Da articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Do fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

A PNH propõe uma série de dispositivos – arranjos de processos de trabalho – que visam promover mudanças nas práticas de produção de saúde e nos modelos de atenção e de gestão. Entre os dispositivos propostos estão as rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. Oferece também ferramentas conceituais e práticas, tais como: Acolhimento com Classificação de Riscos, Visita Aberta e Direito a Acompanhante, Clínica Ampliada e Compartilhada, Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, Ambiência, Gestão Participativa e Cogestão, Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização, Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, Valorização do Trabalhador, Defesa dos Direitos dos Usuários, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação etc.⁸

Alinhada à Política Nacional de Humanização, a proposta de uma Política Estadual de Humanização – PEH visa enfrentar tais desafios por meio de um esforço conjunto na construção e implantação de novos métodos e dispositivos de atendimento aos usuários e de apoio à gestão dos serviços de saúde, assim como pela integração e fortalecimento de ações que já contribuem para melhoria da qualidade das relações entre usuários, profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade.

É responsabilidade do Estado, em conjunto com os municípios, formular e implementar Política que viabilize e fortaleça localmente os princípios, as diretrizes e dispositivos propostos pelas Políticas Nacionais prioritárias. O processo de construção da Política Estadual de Humanização tem como tarefa adequar a proposta nacional à realidade do Estado, integrando e potencializando as ações de humanização já desenvolvidas. Para tanto, considera, além das diretrizes e método da PNH, as necessidades da população no Estado, o perfil do sistema de saúde local e as principais diretrizes de gestão do governo.^{9,10}

⁸ Os dispositivos da PNH encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>.

⁹ Em Deliberação CIB – 46, de 25 de outubro de 2011 foi constituído Grupo Técnico Bipartite responsável pela discussão crítica da proposta da Política Estadual de Humanização. O Grupo conta com a participação de representante da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo.

¹⁰ A implementação da PEH está definida na Diretriz 07 do Eixo II – Fortalecimento do Gestor Estadual na Coordenação do SUS SP do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-2015.

Percurso da Humanização na SES-SP 2000-2010

Em 2000 o Estado de São Paulo adere ao projeto-piloto do PNHAH por meio da participação de cinco hospitais da rede pública de saúde do Estado. Nessa etapa, o trabalho desenvolvido nos hospitais tinha como objetivo sensibilizar profissionais dos diversos setores dos hospitais, levantar as iniciativas de humanização já existentes e promover discussões sobre a complexidade das múltiplas dimensões e atores envolvidos na questão da humanização. Este processo inicial ofereceu um extenso e rico material para reflexão e análise, antecipando a formação dos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's como principal dispositivo metodológico. Para isso, contou com participação de trabalhadores dos hospitais, com acompanhamento sistemático de equipe do Ministério da Saúde e de representantes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

No período compreendido entre janeiro de 2001 a março de 2002 o trabalho passou a ser desenvolvido em dois polos – capital e interior, contando com acompanhamento da equipe técnica do MS para o conjunto de representantes dos hospitais, Secretaria Estadual de Saúde e oito Secretarias Municipais. Os objetivos desta etapa foram o aprofundamento analítico do contexto dos hospitais participantes, a ampliação e o fortalecimento das ações desenvolvidas na etapa piloto, a capacitação dos novos hospitais e a intensificação da participação do representante da SES-SP para formação de grupo de trabalho na Secretaria. Foram realizadas as seguintes ações: encontros mensais de discussão para aprofundamento teórico e acompanhamento do trabalho de humanização nos hospitais, criação de Grupos de Trabalho de Humanização constituídos por lideranças representativas do coletivo de profissionais nos hospitais participantes, aplicação da primeira etapa da Pesquisa de Satisfação do Usuário e do Profissional de Saúde e início de construção do Mapa de Humanização e do levantamento de informações do Estado para inclusão no Portal Humaniza.

A partir de abril de 2002 foi ampliado o número de hospitais (estaduais, municipais e de ensino) e contou-se com a participação de representantes das Direções Regionais da SES e municípios destas regiões, com suporte técnico da equipe do MS para o desenvolvimento do trabalho nas regiões do Estado. Foi também proposta a criação de micro-polos regionais¹¹ para o auxílio na ampliação do programa como trabalho complementar à consolidação dos processos em andamento. Os objetivos dessa etapa foram: estimular a criação de GTH nas Secretarias Municipais de Saúde das regiões envolvidas, nas DIR's ou fóruns regionais de negociação; fomentar a criação de GTH nos novos hospitais e a consolidação dos GTH's nos hospitais já participantes; promover discussões sobre planejamento de projetos institucionais, municipais e projeto estadual de humanização; aprofundar as discussões teóricas e do trabalho de integração das ações existentes; ampliar os espaços de interlocução entre profissionais e usuários; realizar diagnósticos de situações institucionais de maior fragilidade e propor e orientar ações conforme demandas locais.

A partir de 2003, ano de criação da PNH e de sua implementação nos vários estados da federação, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo dá início a um novo percurso de trabalho em humanização que percorre quatro etapas. Tais etapas são desenvolvidas e descritas não como compartimentos desligados uns dos outros, mas como forma de se evidenciar o que foi hegemônico em cada uma delas. Desta forma, o que foi hegemônico em uma fase está presente na outra, com menos força, porém, compondo de maneira articulada com o todo do processo instituinte da Política Nacional de Humanização no estado.

A fase inicial desse processo foi a de sensibilização de gestores e trabalhadores para a questão da humanização. Foi realizada por meio de encontros temáticos, seminários, colóquios e palestras em hospitais e municípios, e encontros no final de cada ano onde eram apresentados trabalhos exitosos em humanização, conferências e rodas de conversa. Essas reuniões atraíram, de maneira crescente, um grande número de participantes vindos de hospitais, municípios, departamentos regionais de saúde e universidades.

¹¹ Micro-polos: Campinas, Marília, Botucatu, São José do Rio Preto, Franca, Itapeverica da Serra e Limeira.

A segunda fase foi a de aproximação com as diretrizes e dispositivos específicos da PNH. Foram realizadas oficinas para gestores e trabalhadores de saúde de hospitais com os temas de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), Visita Aberta e Direito a Acompanhante, repercutindo em outros dispositivos como Cogestão, Clínica Ampliada e Processos de Trabalho. A metodologia foi organizada de forma a facilitar a participação e a construção de conhecimentos, tomando os participantes como sujeitos ativos no processo de ensino e aprendizagem.

A condução das oficinas foi de responsabilidade de facilitadores com atividades de concentração e dispersão. As atividades de concentração foram concretizadas em grupos e plenárias, com abordagem teórica conceitual subsidiada por textos de apoio, exposição dialogada e referências bibliográficas complementares. As atividades em dispersão foram realizadas com a participação das equipes dos serviços, mediadas por um roteiro e coordenadas pelos participantes das oficinas. As oficinas formaram um conjunto de propostas para implementação dos dispositivos em cada serviço participante. Esses produtos foram objetos de pactuação com os gestores locais em plenária final. Desta forma, gradativamente, alcançou-se a implantação do ACCR, a ampliação do horário de visitas e o direito a acompanhante nos hospitais participantes.

Na terceira fase se constituiu uma ampla rede de apoiadores em humanização por meio da realização de curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo / Departamento de Medicina Preventiva. Esse curso teve como objetivo ampliar o grupo de trabalhadores de saúde afinados com os princípios de humanização do SUS no estado de São Paulo, exercendo a função de apoio institucional em sua complexidade e caráter motivador. O apoiador se insere em um processo de movimentos de coletivos, ou ajuda sua erupção, auxiliando e ofertando conceitos e tecnologias para análise da instituição, buscando novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. Além disso, o apoio pressupõe a inseparabilidade entre clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, que se interferem mutuamente, e a transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.

O projeto foi desenvolvido em duas etapas, a saber: 1) capacitação de formadores e 2) formação de apoiadores. As atividades de ambos os cursos foram desenvolvidas sob duas estratégias: a) encontros presenciais e atividades de dispersão; b) elaboração de relatório monográfico final explicitando o uso de ferramentas trabalhadas no curso em articulação com as questões advindas do cotidiano do trabalho e tendo como eixo a humanização nos serviços de saúde. Os relatórios monográficos foram apresentados e debatidos entre os participantes do curso, os formadores e o núcleo de coordenação. Foram formados aproximadamente 180 apoiadores e elaborados 90 planos de intervenção, que foram apresentados na forma de pôster e comunicação oral no final do ano.

A quarta fase, iniciada a partir do curso de apoiadores, caracterizou-se pelo movimento de capilarização e regionalização da humanização. Nela foram envolvidos mais intensamente os Departamentos Regionais de Saúde, municípios, hospitais, ambulatórios e rede básica. Nessa etapa, constituiu-se o Coletivo Ampliado de Humanização com as tarefas de propor estratégias de continuidade da política, debater temas e experimentações na área e unificar o sentido da política no estado.

Para atingir o objetivo de regionalização e capilarização das ações as reuniões passaram a ocorrer em cinco macrorregiões do estado, com sedes em Santos, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista e Barretos. Nesses encontros estimulou-se a criação de coletivos regionais e loco regionais de humanização assim como o desenvolvimento de ações comuns nas macrorregiões. O mesmo movimento de articulação regional é proposto aos hospitais da cidade de São Paulo e Grande São Paulo que foram divididos regionalmente desencadeando vínculos, visitas recíprocas e compartilhamento e discussão dos planos de intervenção de cada hospital.

Foi a partir desse movimento de capilarização e regionalização que se desencadeou, em 2011, a construção da Política de Humanização do Estado.

Conceito

Humanização é um princípio ético e político orientador da atenção e da gestão em saúde. Baseia-se em diálogo, participação responsável e respeito ao outro – atitudes reguladoras das relações entre os agentes de saúde e os usuários, entre os profissionais entre si e entre a instituição, a rede de saúde e a comunidade. Busca fortalecer os processos de comunicação e potencializar as capacidades técnico-científicas por meio da criação de vínculos de cooperação nas instituições de saúde, considerando aspectos singulares das subjetividades dos usuários e favorecendo uma participação ativa e crítica dos profissionais de saúde.

Objetivos

Objetivo Geral

Facilitar uma mudança na cultura e no modelo de gestão das organizações de saúde, para a formação de relações cooperativas e responsáveis e de um novo padrão de comunicação, participação e integração entre todos os envolvidos: gestores, profissionais e usuários.

Objetivos Específicos

- Estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre as unidades, no âmbito regional e nos vários níveis da rede;
- Estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas de gestão e atenção humanizadas na saúde, considerando diretrizes e dispositivos da PNH, entre eles: método da tríplice inclusão – gestor, trabalhador e usuário, função apoio matricial para análise situacional e formação em humanização, tecnologia de rede constituída no contato e na pessoalização, acolhimento com seguimento e avaliação de risco, projeto terapêutico singular e equipes multiprofissionais de referência, valorização do trabalhador;
- Fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão, como fator crítico para o aprimoramento das condições de trabalho e como forma de participação e controle social;
- Qualificar e apoiar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios;
- Contribuir para a multiplicação do conceito e da prática de humanização, oferecendo oportunidades de reconhecimento, publicação e disseminação das ações.

Linhas de Ação

As principais linhas de ação da Política Estadual de Humanização foram definidas considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização, as necessidades da população no Estado, o perfil do sistema de saúde local, as principais diretrizes de gestão do governo e a experiência de implantação de ações e programas de humanização nos Departamentos Regionais de Saúde, nos municípios e unidades de saúde no Estado.¹²

¹² A discussão crítica das linhas de ação e de sua metodologia de implementação foi realizada em reuniões do Grupo Técnico Bipartite da Política Estadual de Humanização nas seguintes datas: 31/10/2011, 10/11/2011, 24/11/2011, 09/12/2011, 03/02/2012 e 15/03/2012. O processo de discussão e validação das propostas contou com a participação das equipes de humanização nos DRS e coletivos regionais, contemplando ainda discussão em diretoria dos DRS, em Conselho Técnico Administrativo da SES, em Diretoria do COSEMS, em Câmara Técnica e Deliberação CIB.

1. Formação de Centros Integrados de Humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde

A formação de Centros Integrados de Humanização tem por objetivo garantir a disseminação do conceito e da prática de humanização, favorecendo o trabalho em rede e contribuindo para a integração, a cultura do diálogo e da cooperação entre as unidades de saúde, no âmbito regional e nos vários níveis da rede. Devem, também, promover a multiplicação e capilarização dos processos de apoio e formação, assim como das ações de humanização.

São responsáveis pela instituição de espaços de discussão e troca de experiências do cotidiano local e pela formulação, implantação e monitoramento de planos regionais ou institucionais de humanização de forma participativa e colaborativa, que promovam intervenções e mudanças no fazer dos serviços de saúde.

A articulação dos Centros Integrados de Humanização é coordenada pelo Núcleo Técnico de Humanização da SES por meio de apoio, acompanhamento e monitoramento das ações e planos desenvolvidos nas diversas instâncias (Anexo 1).

Sugere-se a formação de Centros Integrados de Humanização nos diversos níveis de atenção à saúde no Estado e nos municípios:

1. Departamentos Regionais de Saúde: Centro Regional Integrado de Humanização – CRIH
Colegiados de Gestão Regional: Núcleos de Educação Permanente e Humanização – NEPH
2. Municípios: Centro Municipal Integrado de Humanização – CMIH
3. Unidades de Saúde: Centros Integrados de Humanização – CIH

A PEH propõe a dinâmica para o funcionamento dos Centros Integrados de Humanização nos Departamentos Regionais de Saúde com disseminação e ampliação das ações por meio da formalização e participação dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização nos Colegiados de Gestão Regionais e nas unidades de saúde de forma articulada e integrada (Anexo 2).

2. Apoio Técnico e Formação em Humanização

O processo de Apoio Técnico e Formação em Humanização fundamentam-se em princípios metodológicos nos quais o conhecimento, a discussão, a problematização e a troca de experiências sobre necessidades e oportunidades locais são indissociáveis dos processos de transformação da realidade e das práticas dos serviços de saúde.

Constitui-se no exercício de um modo de fazer cooperativo que visa promover processos de mudança na prática de atenção e gestão, integrando o trabalho de profissionais de diferentes áreas e serviços e facilitando a interface entre os objetivos gerais das instituições de saúde e as necessidades singulares dos profissionais de saúde e de usuários. Tal exercício promove participação responsável, difusão de conhecimentos e práticas, fortalecendo vínculos de cooperação e respeito, fatores esses indispensáveis para o funcionamento em rede: integração dos profissionais entre si e das equipes no interior dos serviços; articulação entre os serviços e destes com outros setores e políticas públicas.

O apoio, em seu aspecto de olhar externo, exerce uma função que contribui para que os grupos nas instituições possam, além de seu conhecimento e saber, alcançar um relativo distanciamento necessário à reflexão crítica do fazer cotidiano.

Nesse processo estão envolvidas equipes de humanização, articuladores, ouvidores e técnicos nos DRS, profissionais responsáveis pela criação e funcionamento dos Centros Integrados de Humanização em nível regional, municipal e nas unidades de saúde (Anexo 3).

3. Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados

Processos de avaliação permanente e participativa dos resultados das políticas de saúde são fundamentais para a qualificação das ações e para a correção dos rumos de trabalho. Assim como são indissociáveis formação, conhecimento e transformação da realidade são também indissociáveis planejamento e avaliação dos processos de intervenção e melhoria das práticas de saúde.

O desenvolvimento de novas estratégias e a sustentação de ações exitosas depende da análise das mudanças alcançadas e do grau de disseminação das ações.

A PEH prevê a criação de um sistema de monitoramento e avaliação permanente e participativo, com definição de indicadores e metas. Sugere-se que tais indicadores e metas sejam definidas, acordadas e incorporadas aos contratos que regulam a prestação dos serviços entre unidades e secretaria de saúde.

A disseminação de boas práticas e a premiação dos serviços de saúde que, reconhecidamente, se destacam na qualidade da atenção à população considerando as diretrizes e parâmetros da PNH são formas de reconhecimento desses serviços e de facilitação do intercâmbio de experiências e troca de informações.

Integração intersetorial para atenção às populações de maior vulnerabilidade

Articular e integrar ações de diferentes áreas e setores de atenção permite a construção de ação compartilhada e corresponsável, favorecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento, especialmente para o cumprimento dos objetivos da PEH, a articulação e complementaridade das áreas da saúde e da assistência social são fundamentais.

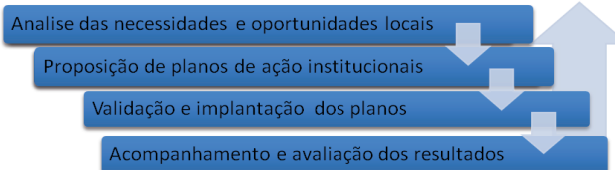
No que diz respeito ao alinhamento das ações da PEH às redes temáticas, especialmente entre elas, saúde da mulher (rede de atenção ao parto), saúde mental, saúde do idoso, oncologia etc. sugere-se especial atenção à legislação específica e às diretrizes das políticas públicas correspondentes. Propõem-se também, estratégias para atenção e cumprimento aos direitos dos usuários, para atenção a parâmetros gerais de ambiência e para o sistema de registro e acompanhamento de situações de violência sexual (Anexo 4).

Metodologia

A metodologia e as estratégias de implementação das Linhas de Ação da PEH seguem a mesma lógica nos diferentes níveis da rede de saúde: integração de profissionais em **grupos técnicos de humanização**, articulados entre si e responsáveis pela formulação ascendente de **planos de intervenção em humanização**. Esses planos devem atender as necessidades locais, serem validados pelas instâncias colegiadas, ter inserção estratégica no planejamento local, serem acompanhados e monitorados conjuntamente e os resultados de sua avaliação devem retroalimentar as novas etapas do processo de formulação dos planos de intervenção.¹³

	SES	DRS	Município	Unidade de saúde
Grupo de Humanização	Núcleo Técnico de Humanização	Centro Integrado de Humanização Regional - CIHR	Centro Integrado de Humanização Municipal - CIHM	Centro Integrado de Humanização CIH
Plano de Intervenção	Política Estadual de Humanização	Plano Regional de Humanização	Plano Municipal de Humanização	Plano Institucional de Humanização
Instância de Validação	NTH-SES COSEMS CES	CGR	CMS	Comissão de Humanização
Inserção Estratégica	Plano Estadual de Saúde	Plano Regional de Saúde	Plano Municipal de Saúde	Plano Estratégico Institucional

Estratégias e Metodologias alinhadas



Esse processo visa criar espaços de encontro, discussão e proposição de novas práticas, fortalecer o funcionamento em rede cooperativa e favorecer a ampla participação de representantes e lideranças de diversas áreas e níveis de atenção.

¹³ A metodologia proposta foi desenhada considerando as experiências desenvolvidas pelas equipes de humanização dos DRS junto aos municípios de suas regiões. As informações sobre as estratégias aplicadas foram levantadas em 08 (oito) oficinas realizadas em 2011 com participação dos profissionais dos CDQ/DRS e Núcleo Técnico de Humanização SES e em propostas encaminhadas ao NTH pelos DRS I, DRS II, DRS III, DRS IV, DRS V, DRS VII, DRS VIII, DRS IX, DRS X, DRS XI, DRS XIII, DRS XIV, DRS XV e DRS XVII.

Anexo 1

Núcleo Técnico de Humanização

Criado em Resolução SS 03, de 09 de janeiro de 2012, o Núcleo Técnico de Humanização da SES¹⁴ se constitui numa instância da Secretaria de Estado da Saúde vinculada diretamente ao Gabinete do Secretário e responsável pela coordenação do desenho e implementação da PEH, garantindo alinhamento às diretrizes de gestão da SES, disseminação do conceito de humanização nas diversas áreas da SES, nas unidades estaduais de saúde (hospitais, AMES e Centros de Referência da Mulher, de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS, do Idoso - CRI, e de Álcool, Tabaco e outras Drogas - CRATOD), nos DRS's e municípios. É também responsável pelo acompanhamento das ações e resultados da PEH, bem como pela inserção da humanização no desenho do processo de Regionalização da saúde no Estado de São Paulo e pela inclusão das diretrizes e programas da PEH no Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

Está sob sua coordenação técnica os programas de caráter humanizador da Secretaria, a Comissão de Humanização SES, a Rede de Articuladores da PEH, os Diretores de Humanização nos DRS, o Serviço de Pesquisa de Satisfação de Usuários da SES e o Programa Conte Comigo. A Ouvidoria SES funciona de forma articulada e integrada ao Núcleo Técnico de Humanização.

Atribuições:

- Propor estratégias de humanização na atenção e gestão em saúde;
- Articular e integrar os serviços e programas sob sua coordenação técnica, promovendo sinergia entre suas ações;
- Oferecer apoio e orientação para a implantação dos Centros Integrados de Humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde, responsáveis pela formulação de planos de intervenção em humanização;
- Criar a Rede de Articuladores da PEH, garantindo integração e troca de informações e resultados;
- Operacionalizar assessoria às equipes de humanização por meio do Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização e da Rede de Articuladores da PEH;
- Favorecer a utilização dos serviços de escuta e atenção ao usuário e ao profissional de saúde como instrumentos para o planejamento de propostas institucionais de humanização;
- Acompanhar e avaliar os resultados dos planos de intervenção em humanização por meio dos indicadores previstos em contratos entre unidades e SES;
- Desenvolver trabalho em conjunto com a Comissão de Humanização da SES;
- Contribuir para o processo de articulação entre as três instâncias gestoras, MS, SES-SP, Municípios, na construção de ações comuns de humanização no Estado.

O Núcleo Técnico de Humanização - NTH é responsável pela coordenação e presidência da Comissão de Humanização da SES-SP.

¹⁴ A composição do NTH está definida em Resolução SS - 10, de 02 de fevereiro de 2012.

Anexo 2

Centros Integrados de Humanização

1. Departamentos Regionais de Saúde: Centro Regional Integrado de Humanização – CRIH

Os Centros Regionais Integrados de Humanização – CRIH são vinculados administrativamente aos DRS's e tecnicamente ao Núcleo Técnico de Humanização da SES. Tem como principais tarefas mobilizar a formação e fortalecimento de coletivos de discussão e proposição de ações, disseminar o conceito e as práticas de humanização, buscar articulação intersetorial¹⁵, assim como de facilitar a integração entre as áreas do DRS e as unidades de saúde, no âmbito regional e nos vários níveis da rede. Desempenham, portanto, funções de caráter mobilizador, integrador, articulador e organizativo de coletivos regionais de humanização.

Os CRIH têm em sua composição mínima as equipes de humanização nos DRS, Diretor de Humanização e Articulador de Humanização, integradas aos demais componentes do CDQ, Ouvidoria, Articuladores de Atenção Básica, Planejamento e áreas técnicas dos DRS. Adicionalmente, conforme características e lideranças regionais contam, como força para o movimento local de humanização, com representantes municipais e de unidades de saúde e profissionais de áreas técnicas do DRS.

- Diretores de Humanização CDQ/DRS

O Decreto n.º 51.433, de 29/12/2006, alterou a denominação e a organização das Direções Regionais de Saúde e criou os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, demonstrando a valorização da SES às Políticas Públicas que visam o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e a qualificação das ações desenvolvidas por estes trabalhadores.

Dentre as atribuições definidas pelo decreto acima, a Política Estadual de Humanização enfatiza os processos de trabalho que visam contribuir para a criação de espaços coletivos de reflexão permanente sobre os processos de trabalho, promover parcerias através da articulação de ações para a implementação das políticas públicas de saúde, aproximar DRS e municípios e favorecer a construção coletiva de planos regionais de humanização.

Visando o fortalecimento do papel e das atribuições dos Diretores de Humanização nos CDQ's, a PEH prevê o alinhamento e articulação entre o NTH, a Coordenadoria de Regiões de Saúde e a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES para a coordenação conjunta do trabalho dos Diretores de Humanização nos DRS's junto aos municípios e unidades de saúde.

Em conjunto com os Articuladores de Humanização, suas principais funções são:

- Disseminar e potencializar as diretrizes e os dispositivos da PNH na sua região;
- Levantar dados para mapeamento de necessidades e ativos regionais orientadores do planejamento de ações, por exemplo, por meio da aplicação de formulários para levantamento do perfil da saúde e das necessidades nos municípios, formulação de plano/roteiro de visitas etc.;
- Analisar conjuntamente com as equipes técnicas do DRS, municípios e unidades os processos de trabalho, para identificação e categorização dos nós críticos que as equipes enfrentam no cotidiano;
- Propor estratégias de articulação entre as áreas do próprio DRS e integração local das Políticas de Saúde;
- Promover integração intersetorial, favorecendo relação com Articuladores de Atenção Básica, Planejamento, áreas técnicas do DRS, Ouvidorias e demais áreas de interface;
- Estimular a formação de Centros Integrados de Humanização nos municípios e unidades de

¹⁵ Ver Anexo 5 - Integração Intersetorial para Atenção às Populações de Maior Vulnerabilidade

- saúde, responsáveis pela formulação de Planos Municipais e Institucionais de Humanização;
- Incentivar os Centros Integrados de Humanização a utilizarem Pesquisa de Satisfação de Usuários e análise dos resultados das manifestações em Ouvidorias como instrumentos para formulação dos Planos Regionais e Institucionais de Humanização;
 - Facilitar a integração e intercâmbio entre os diversos Centros Integrados de Humanização, nos DRS's, municípios e unidades de saúde;
 - Participar de encontros/oficinas de apoio e formação relativas à discussão conceitual e prática da PNH, PEH, CDQ/SUS propostas pelo NTH;
 - Promover encontros de apoio e formação/capacitação regional, encontros, oficinas, visitas, acompanhamento remoto e documental, com metodologia ativo-participativa como preconiza a PNH e a Política de Educação Permanente;
 - Elaborar Plano Regional de Humanização, de forma coletiva e ascendente, considerando: necessidades levantadas nos CGR's, propostas dos Planos Municipais de Humanização, dos PAREPS e relatórios da Ouvidoria, propostas regionais de Humanização, assim como o perfil e as necessidades de cada região;
 - Planejar forma de participação nas Câmaras Técnicas e nos Colegiados de Gestão Regionais, garantindo inserção das propostas e experiências de Humanização na pauta das reuniões;
 - Promover discussão local e regional sistemática para monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Humanização, de forma a retroalimentar a formulação dos Planos;
 - Divulgar e disseminar conhecimentos, ações, programas e resultados dos planos de humanização.

- Rede de Articuladores da PEH

A Resolução SS 07, de 20 de janeiro de 2012, institui o Programa de Apoio Técnico e Humanização no Estado de São Paulo e a formação da Rede de Articuladores da PEH com o objetivo de oferecer apoio técnico e suporte às equipes nos DRS, aos municípios e às unidades de saúde SES-SP para elaboração, implantação e avaliação de planos regionais e institucionais de humanização, conforme diretrizes da PEH. Deve também estabelecer rede de apoio e cooperação entre unidades e municípios.

São suas atribuições:

- Favorecer o diálogo, através de espaços de escuta e fala, entre DRS, municípios e unidades de saúde;
- Conhecer as ações locais de humanização, por exemplo, por meio de visitas para conhecimento e identificação de grupos e ações/planos de humanização em desenvolvimento nos municípios e nas unidades de saúde;
- Estimular a criação de espaços de discussão loco regionais sobre humanização, com foco nas diretrizes e nos dispositivos da PNH;
- Favorecer a integração e troca de informações e resultados com a Rede de Articuladores da Atenção Básica, Rede de Articuladores do COSEMS e articuladores do MS;
- Acompanhar e oferecer suporte à implementação e ao funcionamento da PEH nas unidades da rede de Serviços de Saúde da SES-SP, nos DRS e municípios, respeitando os critérios de Regionalização da Atenção à Saúde;
- Facilitar a integração intersetorial, especialmente de representante da Secretaria de Desenvolvimento Social/ Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social nos CRIH's e a articulação de ações de saúde e de assistência social;
- Oferecer apoio às unidades para a criação e fortalecimento dos Centros Integrados de Humanização;
- Facilitar a integração dos grupos de humanização hospitalar aos NEPH's e CRIH's;
- Acompanhar o desenho de planos regionais e institucionais de humanização, favorecendo a inclusão dos municípios nesse processo;
- Monitorar os resultados conforme indicadores propostos pela PEH.

O CRIH estimula estratégias para o alinhamento dos planos de intervenção e das propostas dos NEPH aos instrumentos de pactuação e planejamento (PPI, Plano Municipal de Saúde etc.),

por exemplo, por meio de aproximação à direção do DRS, participação em reuniões do CGR e em oficinas de elaboração dos planos municipais e regional de saúde. No âmbito da articulação interna no DRS, estimula o alinhamento, por exemplo, entre os processos de implementação das Linhas de Cuidados e as políticas públicas prioritárias, entre o trabalho dos articuladores das áreas técnicas (especialmente da Atenção Básica), contribui com os processos de gestão interna etc.

Cabe também ao CRIH buscar articulação e integração intersetorial, especialmente com áreas de assistência social e participação da comunidade, como Secretaria de Desenvolvimento Social por meio das Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social – DRADS, Conselhos, grupos organizados da sociedade civil etc.

A multiplicação e capilarização dos processos de apoio e formação em humanização oferecida pelos CRIH se dão por meio do estímulo à formação/fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente e Humanização – NEPH, assim como pelo apoio à construção, em conjunto com os municípios, de planos regionais de humanização.

2. Colegiados de Gestão Regional: Núcleos de Educação Permanente e Humanização – NEPH

Os Núcleos de Educação Permanente e Humanização – NEPH criados nas Regiões de Saúde¹⁶ são responsáveis pela promoção de discussão e acompanhamento conjunto dos Planos Regionais de Humanização, pela sensibilização, apoio e capacitação dos municípios e unidades de saúde de sua região, e, pelo estímulo à constituição de grupos locais de humanização e planos de intervenção em humanização nos municípios e unidades de saúde.

Os NEPH têm duas funções complementares:

1. Função técnica visando potencializar o conhecimento e a discussão nos Colegiados – qualificar e embasar a discussão dos temas e dos planos de humanização, mapear lideranças e ações de humanização;
2. Função política visando garantir espaço institucional de representação das propostas coletivas de humanização: induzir a implementação das propostas e planos de intervenção em humanização, interferir na gestão e na organização dos processos de trabalho.

3. Municípios: Centro Municipal Integrado de Humanização – CMIH

A sugestão de criação dos Centros Municipais Integrados de Humanização – CMIH se constitui como uma alternativa para formação e/ou fortalecimento de grupos de discussão e proposição de ações no âmbito municipal. Têm da mesma forma que os CRIH, funções de caráter mobilizador, integrador, articulador e organizativo de coletivos locais e institucionais de humanização.

São suas tarefas: formular plano de intervenção municipal a partir de diagnóstico local de necessidades e oportunidades, oferecer apoio matricial aos grupos locais na constituição e operacionalização de espaços de reflexão e proposição de ações, assim como na formulação e acompanhamento de planos institucionais de humanização nas unidades de saúde.

A constituição dos CMIH depende sempre das características e oportunidades locais. Sugere-se que sejam constituídos por profissionais indicados pelos gestores municipais, com participação de representantes das unidades de saúde, representante do NEPH e articulador de atenção básica dos municípios da região, técnicos do DRS envolvidos com a coordenação da Câmara Técnica da Região de Saúde e, eventualmente, representantes do CDQ.

¹⁶ Nas regiões onde os Núcleos de Educação Permanente – NEP já estão em funcionamento, propõe-se a inclusão da representação de Humanização – NEPH.

4. Unidades de Saúde: Centros Integrados de Humanização – CIH

Os Centros Integrados de Humanização – CIH – constituídos nas Unidades de Saúde SES e diretamente vinculados à alta direção das unidades têm como principal tarefa disseminar o conceito e as práticas de humanização considerando as diretrizes e os dispositivos da PNH e as linhas de ação e indicadores da PEH. Contribui para a integração entre as diversas áreas e serviços da unidade, e desta com os demais serviços de sua referência, assim como promove a formulação e implementação de plano de intervenção institucional de humanização.

Propõe-se que a elaboração do plano conte com ampla participação de profissionais dos diversos setores e serviços através da Comissão de Humanização ou GTH e tenha como principais fontes de orientação para suas propostas de ação as necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde na execução dos processos de trabalho.

Sugere-se que os Centros Integrados de Humanização contem com equipe composta por profissionais com dedicação exclusiva para as atividades de implementação da PEH, integrando ao seu funcionamento os serviços de escuta e atenção ao usuário e aos profissionais existentes nas unidades, aglutinando em um único núcleo a Comissão de Humanização ou GTH, o Serviço de Atenção ao Usuário (SAU ou Conte Comigo), as Pesquisas de Satisfação de Usuários e de Profissionais e os programas de caráter humanizador desenvolvidos nas unidades. A Ouvidoria da unidade atua de forma cooperativa e integrada ao CIH.

São atribuições dos CIH:

- Potencializar as diretrizes e os dispositivos da PNH nas unidades de saúde: ambiência, clínica ampliada, acolhimento, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários;
- Integrar as funções previstas para a Ouvidoria – como fonte de dados para formulação de estratégia de intervenção e espaço de manifestação e resposta ao usuário, Serviço de Atenção ao Usuário – SAU e Programa Conte Comigo, buscando aproveitar e potencializar as qualidades desses serviços – Voz do usuário;
- Apoiar a implantação e/ou fortalecimento das Comissões de Humanização ou Grupos de Trabalho de Humanização;
- Promover espaços de participação e cuidado do profissional de saúde e implantar a Pesquisa de Satisfação de Profissionais – Voz do profissional de saúde;
- Garantir que os serviços de escuta e atenção ao usuário e ao profissional de saúde funcionem como instrumentos de gestão para o planejamento de propostas institucionais de humanização;
- Formular plano institucional de humanização considerando as propostas e as linhas de ação da PEH, orientado pela análise de informações expressas na voz do usuário e do profissional, assim como nas informações levantadas junto às Comissões de Humanização ou GTH;
- Participar do fluxo interno de monitoramento, avaliação e planejamento dos processos de atendimento aos usuários e dos processos de capacitação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, considerando os indicadores previstos.

Além das atribuições acima citadas, é de responsabilidade do CIH o acompanhamento da operacionalização do **Programa Caminhos na Rede**.

O Programa Caminhos na Rede tem como principal objetivo oferecer apoio e orientação a usuários com maior vulnerabilidade psicossocial, contribuindo para o enfrentamento das dificuldades resultantes da segmentação entre os serviços e da fragmentação do cuidado. O Programa prevê estratégias de facilitação do acesso e do trânsito de usuários e familiares nas diversas etapas de atendimento dentro das unidades de saúde e na transição do cuidado entre os serviços da rede de saúde, assim como orientação para o acesso aos demais serviços disponíveis na rede pública e na comunidade.

Tais estratégias têm por objetivo facilitar a atenção integral e contínua ao usuário, oferecendo apoio, acolhimento, orientação e gestão do acompanhamento por equipe psicossocial de referência durante o percurso do usuário com maior vulnerabilidade no sistema de saúde.

No Programa Caminhos na Rede compreende-se como parte de um ciclo completo de atendimento a garantia de acesso ao serviço seguinte, seja dentro de uma unidade de saúde ou na passagem de uma unidade a outra. Com isso, há uma consideração aos espaços de intersecção e diálogo entre serviços e unidades, favorecendo responsabilização conjunta e ampliação da resolutividade do atendimento. Os limites de atuação de um serviço ou de uma unidade são estendidos, incorporando como tarefa própria a participação em espaços de articulação com outros serviços e unidades da rede, fortalecendo assim o sistema de atendimento como um todo. Integrar o conjunto de ações de diferentes áreas e setores permite a construção de ação compartilhada e corresponsável, favorecendo assim os princípios da integralidade e equidade no atendimento.

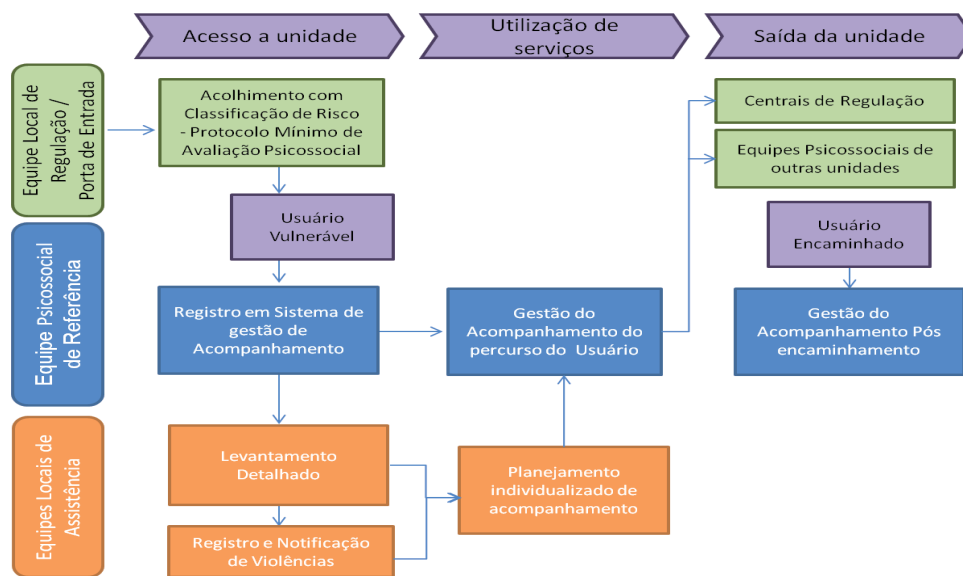
Aliada ao sistema de Regulação da rede de saúde e dos responsáveis por essa tarefa nas unidades de saúde, a equipe psicossocial de referência - integrante da equipe do CIH - tem como principal atribuição promover articulação entre equipes e serviços, favorecendo fluxos de atendimento em uma rede de cuidados progressivos e ininterruptos, com atenção às necessidades específicas dos usuários de maior vulnerabilidade. Têm também a tarefa de promover, quando necessário, a integração intersetorial com serviços complementares nas áreas de educação, assistência social, e segurança, disponíveis na rede pública de atendimento e na comunidade.

O processo de gestão do acompanhamento proposto pelo Programa Caminhos na Rede tem em si caráter terapêutico na medida em que oferece oportunidade de escuta qualificada e afetiva, permite a expressão de necessidades, sentimentos, angústias, dúvidas e medos, assim como favorece a produção de vínculo entre profissionais e usuários. Promove a garantia de direitos dos usuários na utilização dos serviços de saúde, favorecendo o protagonismo dos mesmos e da sua rede de apoio na condução do cuidado.

São objetivos do Programa:

- Favorecer a otimização do uso dos recursos da rede pública de saúde em termos da melhoria da agilidade e qualidade no acesso, fluxo e permanência do usuário nas unidades de saúde;
- Estabelecer interface com equipe multiprofissional de assistência de modo a favorecer o exercício de clínica ampliada;
- Oferecer apoio aos serviços de Regulação no encaminhamento do usuário de um serviço a outro;
- Oferecer apoio aos DRS reforçando o fluxo de encaminhamentos pactuados entre os níveis de atenção e garantindo integralidade do atendimento;
- Apoiar os profissionais de saúde das unidades participantes para:
- Facilitação do acesso e do fluxo do usuário vulnerável e de seu acompanhante dentro da instituição;
- Oferecimento de informações sobre o acesso a recursos na rede pública de saúde;
- Oferecimento de informações sobre o acesso a recursos na comunidade;
- Criar sistema integrado de avaliação de risco psicossocial para orientação na priorização e acompanhamento de atendimento integral ao usuário com maior vulnerabilidade;
- Orientar e informar sobre os direitos e deveres dos usuários, recursos, programas e serviços de apoio na rede pública de atendimento e na comunidade;
- Otimizar o uso de sistema de transporte sanitário de usuários SES-SP;
- Estabelecer interface com demais serviços públicos de atendimento e organizações da sociedade civil.

A figura abaixo indica o fluxo geral de funcionamento do Programa nas unidades de saúde:



O modelo acima descrito, proposto para constituição e funcionamento dos CIH nas unidades de saúde da SES, pode ser sugerido como referência para a formação/fortalecimento de grupos de humanização nas demais unidades da rede de serviços de saúde nos municípios.

Anexo 3

Apoio e Formação em Humanização

O objetivo do Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização¹⁷ é desenvolver, a partir da análise das experiências concretas das equipes de humanização, a capacidade de reflexão crítica e permanente da realidade na saúde de forma a promover mudança na prática de atenção e gestão em saúde. O conhecimento e manejo dos conceitos relativos à humanização fazem parte desse mesmo processo.

Várias têm sido as ações de humanização que obedecem a singularidade de cada região e/ou macrorregião no Estado de São Paulo, porém observa-se no processo de implementação dessas ações a necessidade de mediação regional constante e presente de ativadores e articuladores que exerçam a função de apoio institucional. Apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Apresentam-se como tarefas primordiais do apoio: promover processos de mudança nas organizações, integrando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão e ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos. Nesta medida, o trabalho do apoiador é sempre uma “tarefa em ato”, em intervenção, conceito chave para sua ação política, clínica e institucional.

Em continuidade ao percurso iniciado em 2003 de implantação da PNH no Estado, a PEH propõe a ampliação em quantidade e qualidade de apoiadores em Humanização, bem como, a extensão de suas ações regionalmente, atingindo maior número de municípios e trabalhando coletivamente o caráter singular das práticas de saúde em cada local.

A forma como esse processo se desenvolve supõe um exercício colaborativo e de integração entre equipes de humanização, articuladores, ouvidores, equipes técnicas em nível regional, municipal e nas unidades de saúde, profissionais de instituições de ensino, além de, quando possível, de representantes dos usuários e da comunidade.

Os grupos de macrorregionais contam com apoio e acompanhamento do Núcleo Técnico de Humanização da SES e de uma equipe de profissionais distribuídos pelos grupos. Essa equipe, composta pelos Ativadores de Humanização, tem a tarefa de exercer a função apoio acionando e intensificando a formação e o funcionamento de coletivos, promovendo capacitação e integração das equipes direta ou indiretamente ligadas ao processo de implementação da PEH, e oferecendo suporte à ativação de processos de mudança nos processos de trabalho.

Destacam-se como elementos decisivos ao processo de Apoio e Formação: a potência dos grupos de humanização formados por profissionais das mais diversas áreas, setores, serviços nos diferentes níveis de atenção na rede, a presença firme e participativa das coordenações e lideranças, o apoio externo oferecido pelas equipes de Ativadores e do NTH em promover o distanciamento necessário à reflexão crítica do fazer cotidiano e o duplo movimento de instalação das propostas da PEH – ascendente para levantamento de necessidades e oportunidades e descendente para capilarização e multiplicação das ações de humanização.

Todo o processo de Apoio e Formação dos profissionais envolvidos com a humanização visa fundamentalmente alcançar as práticas concretas de atenção nas unidades e serviços, de modo a promover mudanças nas práticas em saúde, qualificando a atenção e os processos de trabalho.

¹⁷ Resolução SS 07 de 20 de janeiro de 2012: Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização no Estado de São Paulo.

É fundamental a qualificação dos grupos de trabalho para que cumpram sua tarefa de fomentar a criação e sustentação de espaços coletivos de discussão e cooperação, assim como de indução de movimentos de mudança e implementação das propostas coletivas de humanização.

A composição dos grupos e sua articulação em rede consideraram o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde e dos DRS (Anexo 5).

O detalhamento das estratégias de capilarização para formação de grupos, para apoio e formação em humanização e para a discussão e proposição de planos de intervenção – propostas básicas da metodologia da PEH – dependerá do perfil local das estruturas de atenção, das lideranças e profissionais sensibilizados ao tema, dos resultados das ações já realizadas e das necessidades atuais em termos de humanização da atenção e da gestão em saúde. Todo esse processo contará com o apoio e acompanhamento das equipes de ativadores regionais do NTH e do NTH da SES e das equipes de humanização nos DRS.

Anexo 4

Alinhamento às Redes Temáticas

Saúde Mental

A história da saúde e da doença mental tem um percurso complexo, permeado por exclusão, encarceramento e exploração econômica.

A busca da conquista da saúde enquanto direito, com um novo modelo de assistência às pessoas, foi e ainda é articulada por trabalhadores da Saúde Mental, usuários e seus familiares, que reivindicaram, principalmente a partir dos anos 80, a garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, e que, agora amparados pelos princípios e diretrizes do SUS, de universalidade, integralidade, igualdade, equidade, descentralização e participação da comunidade, têm mais argumentos legais para enfrentar este desafio (Coga & Vizzotto, 1997).

Em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma do Modelo Assistencial, e as portarias subsequentes do MS/2007 que garantem os direitos dos usuários com transtornos mentais¹⁸, dentre os quais se destacam:

- Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais;
- Desinstitucionalização e desospitalização das pessoas com sofrimento psíquico;
- Redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental;
- Busca da consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, articulado em rede territorial, priorizando o convívio com a família e com a comunidade;
- Ênfase referente ao aumento da autonomia, aumento do protagonismo dos sujeitos envolvidos, aumento do respeito aos direitos dos usuários e reinserção social.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial revela que os modelos tradicionais de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade que a atenção em saúde mental exige. É preciso escutar, observar, criar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Entretanto, algumas questões configuram como enormes desafios para gestores e profissionais ligados ao Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil. Trata-se do debate a respeito da qualidade e humanização das ações de saúde, dentre as quais se inserem aquelas consideradas específicas em saúde mental.

Para tanto, a PEH propõe que na formulação de Planos de Intervenção em Humanização nos diversos níveis de atenção sejam considerados os seguintes objetivos para a atenção à saúde mental:

- Considerar a Legislação sobre os direitos específicos aos pacientes com transtorno mental, sensibilizando, divulgando e propondo ações que favoreçam a garantia de direitos dessa população¹⁹;
- Favorecer o acolhimento continuado a usuários com transtornos psíquicos graves e em situação de crise²⁰;
- Definir estratégias de participação do usuário, do familiar ou acompanhante na formulação de projetos terapêuticos²¹;
- Definir estratégias que favoreçam a disponibilização e capacitação de equipes multidisciplinares de referência²².

¹⁸ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002; Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004; Portaria nº 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

¹⁹ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

²⁰ Portaria nº 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002

²¹ Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002; Lei nº 10.689, de 30 de novembro de 2000 de São Paulo

²² Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Saúde do Idoso

O aumento significativo do número de idosos requer a criação de ações específicas que atendam adequadamente às necessidades desta população. Tais ações devem incluir novas ofertas de serviços, adequações dos já existentes e capacitação dos profissionais responsáveis pelo cuidado da pessoa idosa e de sua família. As demandas envolvidas nessa tarefa são amplas e complexas, incluindo aspectos de promoção da saúde, prevenção de doenças e garantia de acesso ao cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Envolve questões de respeito aos direitos dos idosos, do protagonismo no cuidado a sua saúde, da qualidade de seus vínculos afetivos na família e na rede social, de fomento à manutenção de atividades ocupacionais ou de trabalho, do fortalecimento de oportunidades de integração intergeracional, questões essas nas quais propostas de caráter humanizador têm importante contribuição.

A PEH propõe que na formulação de Planos de Intervenção em Humanização nos diversos níveis de atenção sejam considerados os seguintes objetivos para a atenção ao idoso:

- Considerar a legislação sobre os direitos específicos do idoso, sensibilizando, divulgando e propondo ações que favoreçam a garantia de direitos dessa população²³;
- Fomentar o acolhimento continuado como postura de escuta que favorece a troca e o diálogo com o idoso e seu familiar;
- Garantir flexibilização do horário de visita e permanência de acompanhante em todo o processo de atendimento à saúde, de modo a favorecer maior participação da família, diminuição do estresse, prevenção a descompensações psicológicas e permanência de conexão do idoso à sua rede social de apoio;
- Definir estratégias que favoreçam a disponibilização e capacitação de equipes multidisciplinares de referência buscando uma compreensão integral e compartilhada do idoso, seu perfil e dinâmica de suas famílias;
- Definir estratégias de gestão e orientação na alta com integração na rede de forma a facilitar a transferência de cuidados do hospital ao domicílio com segurança, assegurar a continuidade do cuidado, e, conseqüentemente, a redução das reinternações. Para isso, o plano de alta deve ser iniciado já na admissão do paciente e com envolvimento da família, oferecendo orientações e troca de informações efetivas entre profissional, pacientes e familiares desde questões gerais do cuidado até informações sobre o sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção.

Saúde da Mulher /Parto e Nascimento

Evidências científicas e recomendações técnicas da OMS em 1996²⁴ indicam a necessidade de mudança do paradigma na atenção ao parto e ao nascimento e trazem recomendações técnicas para um parto seguro quanto aos seguintes aspectos:

- Práticas úteis e que devem ser estimuladas;
- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão;
- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

O modelo de assistência obstétrica atual caracteriza-se por um excesso de medicalização, pela manutenção da mulher em isolamento e pela utilização de práticas invasivas, podendo muitas vezes proporcionar iatrogenias. Portanto, deve ser incentivada a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e métodos não invasivos para o trabalho de parto normal.

²³ Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso

Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso

²⁴ OMS – Organização Mundial de saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS, 1996. Edição 2000 MS.

Os direitos da gestante e do recém-nascido vêm sendo assegurados por leis e Portarias:

- Lei nº 10.241 de 17/03/1999, que discorre sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, especialmente em seu artigo 2º, itens:
 - I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
 - II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
 - XIV – ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas: a sua integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos seus valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e a segurança do procedimento;
 - XV – ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;
 - XVI – ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;
- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), portaria 569, 570, 571 e 572, Ministério da Saúde de 2000.

A Humanização do Parto e Nascimento passou a ser discutida em seminários, congressos e conferências, buscando disseminar as boas práticas em obstetrícia. Da mesma forma, os direitos da mulher, do recém-nascido e do pai vão sendo ampliados dentro deste processo, fazendo com que gestores e demais profissionais repensem suas práticas.²⁵

Hoje se reconhece que a presença de um acompanhante de escolha da mulher desde o início do trabalho de parto, e não um membro da equipe hospitalar é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem sucedido, propiciando suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e aumentando a satisfação com a experiência do parto.²⁶

Considerando este cenário, o Ministério da Saúde lançou em junho de 2011 a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar à criança o nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.²⁷

Neste sentido a PEH, considerando as orientações legais²⁸, propõe monitorar, apoiar, estimular e orientar as atividades de:

- Acompanhante de escolha;
- Privacidade da parturiente;
- Permanência do RN ao lado da mãe desde o nascimento;
- Aleitamento materno desde a sala de parto;
- Registro civil de nascimento na unidade hospitalar;
- Extensão do horário de vista de no mínimo 8 horas no puerpério (além de autorização da presença do pai).

Oncologia

A atenção humanizada no campo da oncologia é de muita importância e exige um grau de complexidade que envolve processos clínicos, psicológicos e sociais. Todas as pessoas envolvidas – pacientes, familiares, profissionais – são emocionalmente afetadas, em graus variáveis, pelos impactos da doença e do tratamento: a experiência existencial de adoecer é especialmente penosa, intensa e difícil. É inquestionável a necessidade de atendimento integral ao paciente, a consideração aos seus aspectos e necessidades singulares, assim como a inclusão da família no plano de cuidados requer equipe interdisciplinar qualificada e abordagem integrativa; o desgaste dos profissionais de saúde diante das exigências profissionais demanda a inserção em sua dinâmica de trabalho de estratégias de apoio, orientação e suporte.

²⁵ Rattner, 2009.

²⁶ Hodnet et al, 2007.

²⁷ Portaria nº 1459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS.

²⁸ Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999; Portaria GM/MS nº 569, de 01 de junho de 2000; Lei 11108, de 07 de abril de 2005; Resolução - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008.

A PEH propõe que as unidades de saúde que prestam serviços na área oncológica considerem na formulação de seu Plano Institucional de Humanização os seguintes objetivos:

- Considerar os direitos específicos dos pacientes com câncer previstos na Legislação²⁹;
- Favorecer o acolhimento continuado tanto para o levantamento e transmissão de informações objetivas, quanto para uma escuta que possibilite o reconhecimento da demanda subjetiva e singular do usuário durante todo o processo de atenção à saúde;
- Garantir flexibilização do horário de visita e permanência de acompanhante em todo o processo de atendimento à saúde, especialmente em situações especiais de piora clínica, cuidados paliativos ou especiais, pós-operatório etc.;
- Propor estratégias de apoio aos profissionais que promovam valorização, formação e cuidado aos profissionais da saúde;
- Definir estratégias que favoreçam a disponibilização e capacitação de equipes multidisciplinares de referência de forma a facilitar o compartilhamento de informações, respeito às diferenças, melhores oportunidades para planejamento dos serviços, maior eficiência na resolução dos problemas, aumento na motivação e no sentimento de confiança;
- Definir estratégias que favoreçam a formulação de projetos terapêuticos singulares decorrentes de discussões de casos clínicos, especialmente para casos de maior complexidade e que exigem uma proposta de conduta terapêutica singular que atenda necessidades específicas do paciente com câncer e de seus familiares.

Violência Sexual

A construção de redes de serviços voltados ao cuidado das vítimas de violência sexual é um desafio que precisa ser encampado pelo estado de São Paulo. Embora existam leis, decretos e manuais que regulamentam e instruem as ações legais, de saúde e psicossociais, a efetividade da atenção ainda está longe de ser um fato.

O caráter intersetorial do enfrentamento e dos cuidados que as pessoas vitimadas exigem requer vontade política e investimento para garantir a integralidade e humanização da atenção e os direitos dos cidadãos.

Embora a violência sexual insira-se no macro contexto epidemiológico de violências e traumas – homicídios, violência urbana, violência de trânsito, violência doméstica, violência de gênero etc. –, ela guarda particularidades e requer aportes diferenciados. Trata-se de um problema social sem fronteiras ou delimitação de raça e classe social, além disso, tem alta prevalência na infância e adolescência em ambos os sexos. Via de regra, a violência sexual vem acompanhada da violência física e psicológica empregadas como forma de subjugar a vítima e com consequências sociais.

Em termos políticos, a Conferência Mundial de Direitos Humanos promovida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, reconheceu que a violência contra a mulher é uma forma de violação dos direitos humanos e, portanto, afeta a intervenção do Estado. Outras conferências sucederam-se, duas das quais o Brasil é signatário: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, OEA, em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, em 1995. Todas elas apontaram para a necessidade de os países participantes desenvolverem políticas específicas voltadas para esse campo.

O Ministério da Saúde - MS, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, feitas na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas - ONU, em 1996, declarou que a violência é um importante problema de saúde pública. Em decorrência disso e como desdobramento, o MS publicou um conjunto de portarias, ao longo da década de 2010, com a finalidade de normatizar a assistência e os procedimentos a serem adotados frente a tais agravos, bem como manuais que instrumentalizam e norteiam tanto as ações que os profissionais de saúde devem tomar, quanto à constituição das redes de cuidado.

²⁹ Para informações sobre as leis e direitos do paciente com câncer, ver <http://www.icesp.org.br/Pacientes-e-Acompanhantes/Direitos-do-Paciente>

A partir de 1998, dentre as prioridades políticas do Ministério da Saúde relacionadas aos agravos causados por acidentes e violências, a violência sexual passou a ocupar lugar de destaque, sendo criada uma série de portarias que orientam a atenção à vítima de violência sexual.³⁰ No campo da saúde da criança deve-se creditar o alerta dado aos serviços de saúde à criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA - 1990 e, subsequentemente, a implantação dos Conselhos Tutelares – CT. Em 2001, a Portaria Ministerial nº 1968, obriga a rede do SUS a notificar os CT sempre que houver suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes.

Quanto às normas técnicas e manuais publicados pelo Ministério da Saúde, quatro deles são de grande relevância:

- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica, 2010.³¹
- Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde, 2010.³²
- Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica, 2010.³³
- Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, 2010.³⁴

No entanto, embora existam leis e normas técnicas, a falta de uma política estadual nesta área explica a ausência de planejamento e investimento voltados à implementação de serviços e redes regionalizadas. Além disso, os equipamentos de saúde que atendem de forma integral ou parcial pessoas violadas sexualmente são ainda em número insuficientes e não respondem às demandas regionais.

Sem dúvida, a criação das Delegacias da Mulher e dos Conselhos Tutelares contribuiu sobremaneira para o desvelamento, denúncia e aporte dos casos de violência, mas a resposta da saúde ainda não veio. A desestruturação psicológica, familiar, social e econômica que a violência sexual produz, demanda suporte de equipes de saúde preparadas para atender a diversidade das complicações decorrentes.

Considerando esse contexto, e como forma de subsidiar e estimular a implantação de uma rede de assistência integral e regionalizada, a PEH propõe a busca dos seguintes objetivos:

- Considerar a legislação relativa às mulheres, crianças e adolescentes e suas famílias, em situação de violência Sexual;
- Considerar as normas técnicas e manuais publicados pelo Ministério da Saúde;
- Definir fluxo de atendimento envolvendo atribuições da unidade de saúde, do hospital de referência e do sistema de segurança pública;
- Criar mecanismos para melhorar a notificação dos casos e garantir o acesso aos cuidados de saúde;
- Ofertar cuidados diversos, envolvendo:
 - Profilaxia das DST/AIDS;
 - Contracepção de emergência;
 - Abortamento legal;
 - Seguimento psicossocial.

³⁰ Portaria nº 041, de 10 de maio de 2001; Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001; Portaria MS/GM nº 1968, de 25 de outubro de 2001; Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003; Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004; Portaria GM/MS nº 1.508, de 01 de setembro de 2005; Portaria GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Ambiência

A PNH define Ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Em interface com os demais dispositivos da PNH, esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de “estar”, assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação. Na composição da Ambiência estão presentes elementos como: forma, cor, luz, cheiro, som, texturas etc.³⁵

Considerando essa conceituação, a PEH propõe atenção à busca dos seguintes objetivos:

- Oferecer espaços de acesso e espera que diferenciem atendimentos preferenciais, que facilitem a priorização do atendimento e a movimentação de usuários e profissionais – diferenciação de urgências e emergências, entradas separadas para criança/gestante, priorização do atendimento a idosos, atenção especial aos grupos vulneráveis vítimas de violência e pessoas com necessidades especiais;
- Oferecer espaços de atendimento ao paciente com privacidade e conforto;
- Dispor de mobiliários confortáveis e colocados de forma a permitir a interação entre os usuários e destes com os profissionais;
- Contribuir para que os espaços sejam contíguos ou permitam integração do trabalho multiprofissional;
- Garantir fácil orientação e fluxo de deslocamento dos usuários entre as áreas e serviços;
- Favorecer o acolhimento ao visitante oferecendo espaços de escuta, recepção e orientação;
- Facilitar a participação do acompanhante ou familiar, disponibilizando conforto e acolhimento, **áreas informes aos familiares**, áreas de espera, convivência e descanso com assentos confortáveis e em quantidade compatível;
- Respeitar peculiaridades culturais, sociais e religiosas;
- Oferecer áreas de trabalho em grupo e espaços para reuniões interprofissionais;
- Oferecer áreas de apoio em número e condições adequadas a todos os profissionais;
- Oferecer áreas externas que favoreçam o acesso, a espera e o descanso de acompanhantes e trabalhadores.

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Ambiência. Série B Textos Básicos de Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Anexo 5

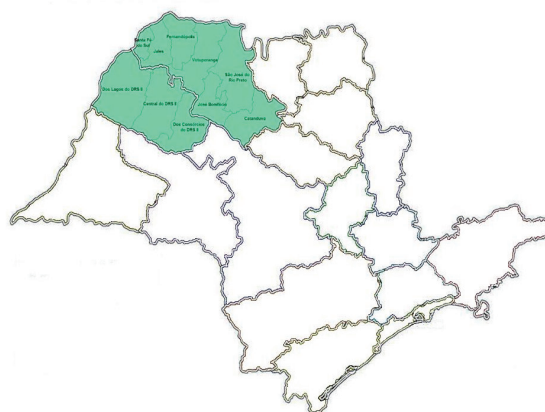
Composição dos Grupos de Macrorregionais

A proposta de composição dos 09 (nove) grupos macrorregionais tem como principal objetivo favorecer a integração das macrorregionais e promover troca de conhecimentos e informações sobre as práticas realizadas que possam contribuir para a disseminação regional e local das ações de humanização. A composição dos grupos de macrorregionais considerou o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde e dos DRS.³⁶

Participantes: equipes de humanização dos DRS - Diretores e Articuladores de Humanização, articuladores de atenção básica, ouvidorias e representantes das principais áreas técnicas dos DRS, equipe do NTH - responsável pela macrorregião e Ativador.

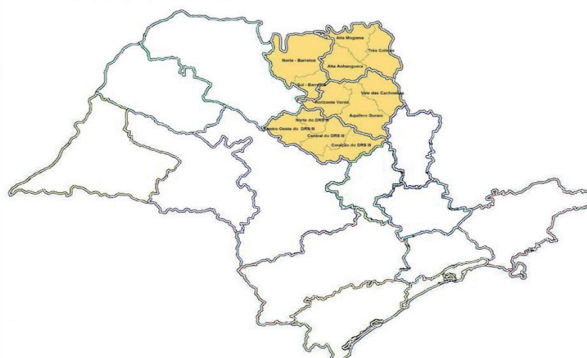
Os Grupos de Macrorregionais de 01 a 05 são formados pelo agrupamento de DRS com proximidade geográfica e, em geral, com histórico de integração de fluxos:

Grupos de Macrorregionais 1	DRS	RRAS
Fernandópolis	DRS XV São José do Rio Preto (101mun)	12
Santa Fé do Sul		
Jales		
Votuporanga		
São José do Rio Preto		
José Bonifácio		
Catanduva	DRS II Araçatuba (40mun)	
Dos Lagos do DRS II		
Central do DRS II		
Dos Consórcios do DRS II		

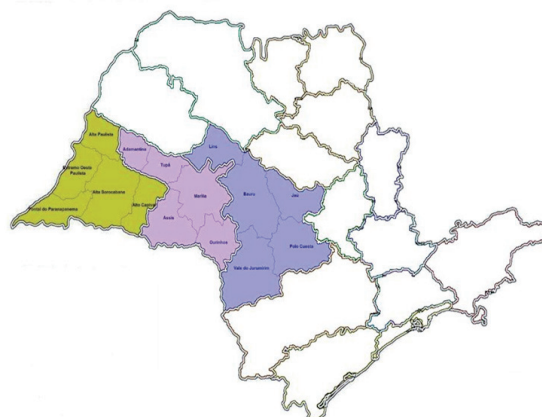


³⁶ A composição dos grupos macrorregionais foi discutida e validada em encontro das equipes de humanização dos DRS em 22/09/2011, em reuniões do NTH com direção do DRS I em 21/11/2011 e com equipe de humanização da Secretaria Municipal de SP em 29/11/2011 e 31/01/2012.

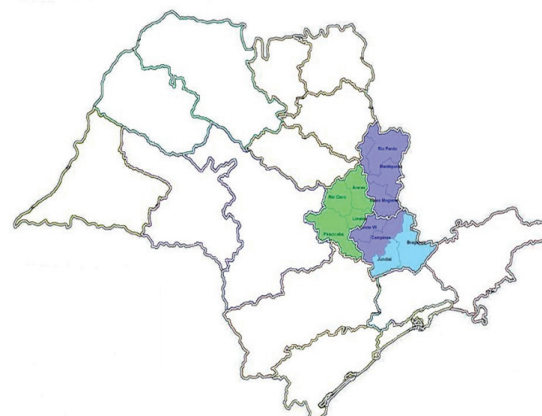
Grupos de Macrorregionais 2	DRS	RRAS
Alta Mogiana	DRS VIII Franca (22mun)	13
Três Colinas		
Alta Anhanguera		
Norte - Barretos	DRS V Barretos (19mun)	
Sul - Barretos		
Vale das Cachoeiras	DRS XIII Ribeirão Preto (26mun)	
Horizonte Verde		
Aquífero Guarani		
Norte do DRS III	DRS III Araraquara (24mun)	
Centro Oeste do DRS III		
Central do DRS III		
Coração do DRS III		



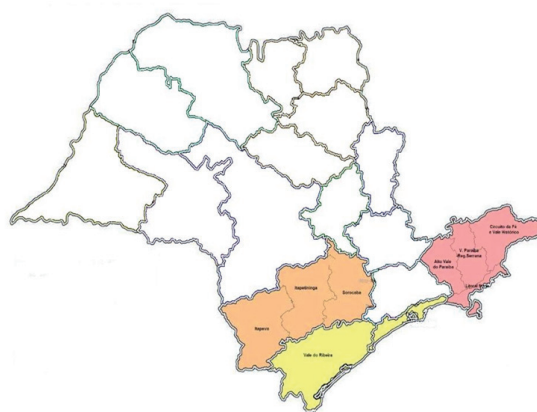
Grupos de Macrorregionais 3	DRS	RRAS
Alta Paulista	DRS XI Presidente Prudente (26mun)	11
Extremo Oeste Paulista		
Pontal do Paranapanema		
Alta Sorocabana		
Alto Capivari	DRS IX Marília (62mun)	10
Adamantina		
Tupã		
Marília		
Assis	DRS VI Bauru (68mun)	09
Ourinhos		
Lins		
Bauru		
Jaú		
Polo Cuesta		
Vale do Jurumirim		



Grupos de Macrorregionais 4	DRS	RRAS
Bragança	DRS VII Campinas (42mun)	16
Jundiaí		
Campinas		
Oeste VI	DRS XIV S. J. da Boa Vista (20mun)	15
Rio Pardo		
Mantiqueira		
Baixa Mogiana	DRS X Piracicaba (26mun)	14
Araras		
Rio Claro		
Limeira		
Piracicaba		



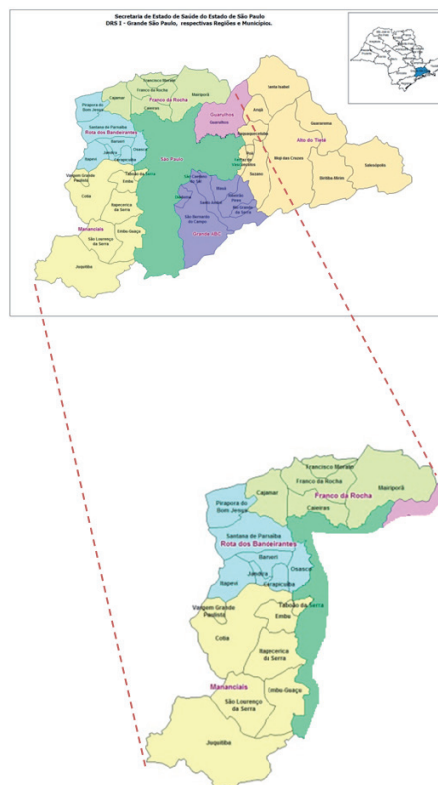
Grupos de Macrorregionais 5	DRS	RRAS
Circuito da Fé/Vale Histórico	DRS XVII Taubaté (40mun)	17
Vale Paraíba/Região Serrana		
Alto Vale do Paraíba		
Litoral Norte	DRS IV Baix. Sant. (9mun)	07
Baixada Santista		
Vale do Ribeira	DRS XII Registro (15mun)	08
Sorocaba	DRS XVI Sorocaba (48mun)	
Itapetininga		
Itapeva		



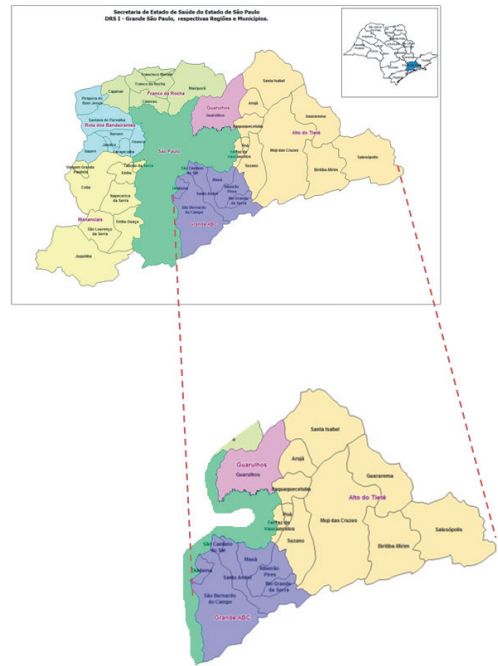
Os Grupos de Macrorregionais de 06 a 09 são formados pela subdivisão da DRS I conforme abaixo. Essa divisão orienta o apoio técnico e acompanhamento do NTH para implementação das estratégias de ação na macrorregião, assim como facilita o monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

A equipe de humanização no DRS I faz, por sua vez, apoio e acompanhamento respeitando a composição dos 06 (seis) Colegiados que compõem a Macrorregião. O município de São Paulo, em função de seu porte e densidade de serviços, tem suas propostas de intervenção desenhadas conforme a divisão das 05 (cinco) regiões do município - norte, leste, centro oeste, sudeste e sul.

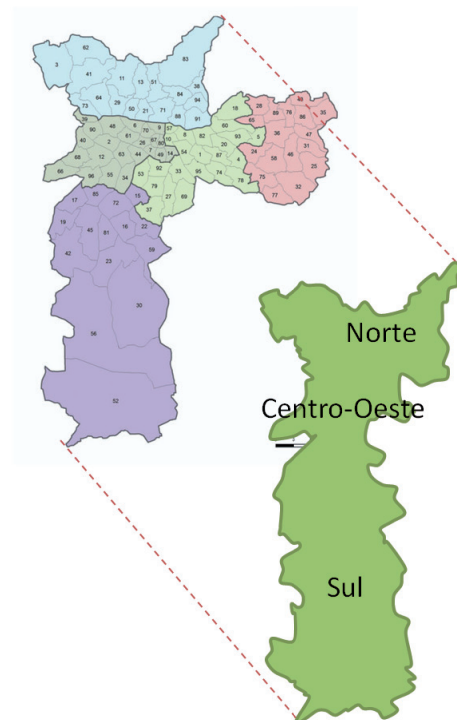
Grupos de Macrorregionais 6	DRS	RRAS
Mananciais	DRS I (39 mun)	04
Rota dos Bandeirantes		05
Franco da Rocha		03



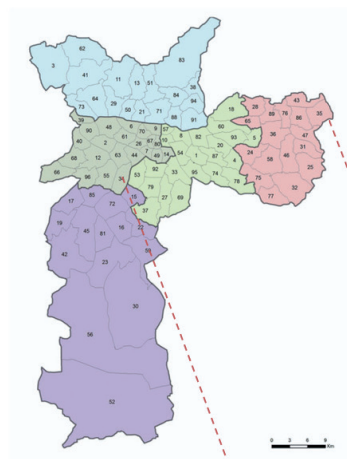
Grupos de Macrorregionais 7	DRS	RRAS
Alto Tietê	DRS I (39 mun)	02
Grande ABC		01



Grupos de Macrorregionais 8	DRS	RRAS
Norte	DRS I (39 mun)	06
Centro-Oeste		
Sul		



Grupos de Macrorregionais 9	DRS	RRAS
Sudeste	DRS I (39 mun)	06
Leste		



Legislação

DECRETO

BRASIL. Decreto n.7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 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, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.140, n.123, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 44.074, de 01 de julho de 1999. Dispõe sobre a regulamentação da** composição e estabelece competência das Ouvidorias de Serviços Públicos, instituídas pela

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999, que dispõe sobre a proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 109, n. 124, 2 jul. 1999. Seção 1, p.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 116, n. 246, 29 dez.2006. Seção 1, p.1.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-72, de 15 de julho de 2008. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população indígena. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 22 jul.2011. Seção 1, p.57.

SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB – 46, de 25 de outubro de 2011. Dispõe sobre a constituição do Grupo Técnico Bipartite da Política Estadual da Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 203, de 26 de outubro de 2011. Seção 1.

DELIBERAÇÃO

SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB – 46, de 25 de outubro de 2011. Dispõe sobre a constituição do Grupo Técnico Bipartite da Política Estadual da Humanização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 203, de 26 de outubro de 2011. Seção 1.

LEI

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 106, de 14 de setembro de 2009. Dispõe sobre acompanhamento familiar em internamento hospitalar. **Diário Oficial da União**, 1ª Série, n.178 de 14 set.2009, p.6254.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, de 20 nov.1990. – Seção 1 p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994. Acrescenta dispositivo ao art. 20 da lei 8.036 de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 132, n. 141, 26 jul. 1994. - Seção 1 p. 11097. (Publicação Original).

BRASIL. Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.137, n.86, de 07 de maio de 1999. - Seção 1 p. 1.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, v.69, 9 abr. 2001. Seção 1, p.2.

BRASIL. Lei n.10.289, de 20 de setembro de 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, v.181, 211 set. 2001. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.689, de 30 de novembro de 2000. Dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas unidades de saúde do Estado. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.110, n. 230, 1 dez. 2000. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.140, n. 147, 1 ago. 2003. Seção 1, p.3.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.140, n. 192, de 3 out.2003. Seção 1 p. 1.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 143, n. 67, de 08 abr. 2005. - Seção 1 p. 1.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n.74, 21 abr.1999. Seção 1, p. 2.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n.74, 21 abr.1999. Seção 1, p. 2.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n.74, 21 abr.1999. Seção 1, p. 2.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.109, n.74, 21 abr.1999. Seção 1, p. 2.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 12.548, de 27 de fevereiro de 2007. Consolida a legislação relativa ao idoso no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 117, n. 39, 28 fev.2007. Seção 1, p.1.

PORTARIA

BRASIL. Portaria MS/GM n. 41 de 10 de maio de 2001. Estabelece procedimentos, critérios e prioridades para a implementação e execução das ações do Plano Nacional de Políticas para Mulheres por meio do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, no exercício de 2011. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília DF, n.89, 11 mai. 2011. Seção 1, p. 19.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília DF, n. 14, de 20 jan. 2004. P. 24.

Brasil. Portaria MS/SAS de 24 de fevereiro de 1999. Conceder tratamento fora de domicílio à pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, por falta de condições técnicas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.137, n. 38E, 26 fev. 1999. Seção 1, p. 116.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas e a relação de doenças, agravos, eventos em saúde pública, de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Na lista de Notificações Compulsórias – LNC, no item 45, está relacionada “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.18, de 26 jan.2011. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretriz e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.24 fev. 2002. Seção 1, p.23.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.34,20 fev. 2002. Seção 1, p.23.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 569 em 1 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.160-E, de 18 ago.2000. Seção 1, p. 112-4. (Republicada).

BRASIL. Portaria nº MS/GM n. 570 em 1 de junho de 2000. Instituição do Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.160-E, de 18 ago.2000. Seção 1, p. 114-116.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 571 em 1 de junho de 2000. Instituição do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.110-E, de 8 jun.2000. Seção 1, p.8.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 572 em 1 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.230, de 01 dez. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.96, 18 mai. 2001.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estrutura da rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 141, n. 96, 20 mai. 2004. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, definição de suas normas, atribuições, características físicas, equipamentos mínimos e recursos humanos necessários. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, n.15-E, de 8 ago. 1999. Seção 1, p.51.

BRASIL. o atendimento ao recém-nascido de baixo peso seja atendido por equipe multiprofissional estabelecida, o cumprimento de normas já padronizadas na Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 e define que os gestores estaduais e municipais estabeleçam rotinas que garantam a qualidade da assistência aos recém-nascidos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v.138, n.45-E, de 2 mar.2000. Seção 1, p. 26.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p.1.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 1508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito Do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.170, 2 set. 2005. Seção 1, p.124.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 1876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas respeitadas as competências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, n. 156,18 ago. 2000. Seção 1, p.6.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n.26 out. 2001. Seção 1, p.86.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 3.441, de 11 de novembro de 2010. Altera o prazo para a execução dos projetos de adequação dos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento definido pela Portaria nº 3.136/GM, de 24 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 140, n. 217, de 12 nov. 2010. Seção 1 p.38.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 3.136, de 24 de dezembro de 2008. Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 145, n. 251, de 26 dez. 2008. Seção 1 p.138.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, v. 147, n. 251, de 31 dez. 2010. Seção 1 p.28.

PROJETO DE LEI

SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei nº 153. Institui a Rede de Proteção à Mãe Paulistana no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. 39, 23 mar.2007. Seção 1 Legislativo, p.17.

RESOLUÇÃO

BRASIL. Resolução RDC n. 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília DF, n. 108, de 04 jun.2008. Seção 1 p. 50-53.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-3 de 09 de janeiro de 2012. Institui Núcleo Técnico de Humanização no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n.6, de 10 jan.2012. Seção 1.p.6.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-7 de 20 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização no Estado de São Paulo, acompanhamento das equipes responsáveis pela humanização e monitoramento dos resultados alcançados com a implementação da Política Estadual de Humanização-PEH. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n.26, de 8 fev.2012. Seção 1.p.36.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-10 de 2 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre a composição do Núcleo Técnico de Humanização – NTH. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n.23, de 21 fev.2012. Seção 1.p.49.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-71 de 20 de julho de 2011. Propõe a metodologia de implantação do Modelo de Excelência de Gestão no Âmbito da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n.15, de 21 jan.2011. Seção 1.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-72 de 15 de julho de 2008. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando a realização de partos na população indígena. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 120, n.130, 16 jul. 2008. Seção 1, P. 26.

Bibliografia

1. AYRES, J. R. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.4, n.6, 2000.
2. AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.8, 2004.
3. AYRES, J. R. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDS, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
4. ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
5. BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. Relato de pesquisa, 2006. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>>. Acesso em 22 out.2008.
6. BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. 291p.
7. BARATA, L. R. B. Sintonia na saúde. **Folha de São Paulo**, 18 de fevereiro de 2009. Tendências e debates.
8. BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.561-571, 2005.
9. BENOIT, P. **Psicanálise e medicina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. 144p.
10. BETTS, J. Considerações sobre o que é humanizar. Disponível em <<http://www.porta-lhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id.>>. Acesso em 15 mar.2003.
11. BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 200p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. **Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 60p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: clínica ampliada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: grupo de trabalho de humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: visita aberta e direito à acompanhante.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: ambiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização do Ministério da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4rd. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. **HumanizaSUS: política nacional de humanização do Ministério da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização do Ministério da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. CONASEMS. **O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, CONASEMS, 2009.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
32. CAMPOS, A.C.S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, apr. 2007.
33. CAMPOS, G.W.S, DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev.2007.
34. CASSEL, J. **Psychosocial process and "stress" theoretical formulation.** *International Journal of Health Services*, New York, v. 1, n 3, p. 471-482, 1974.
35. DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n.1, p.7-14, 2004.
36. DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.
37. GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interfa-**

- ce- **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.
38. GUIMARÃES, N. V. R. R., ALBUQUERQUE, S. M. R. L. Instituto Central do HCFMUSP. **Serviço Social Médico: sua organização em um hospital geral**. São Paulo, 2002.
39. HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública** v.42, n.3, p. 555-561, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nr=iso>.
40. HODNETT, E.D. et AL. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, 2007.
41. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE E SÃO PAULO. Coordenadoria de Atividades do Serviço Social. **Manual de indicadores do serviço social para serviços de saúde**. São Paulo, HCFMUSP, 2008.
42. JOINT COMMISSION RESOURCES. Gerenciando o fluxo de pacientes. Porto Alegre: Art-med, 2008.
43. KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca n.24, p. 285-308, 1979.
44. KOHN, S. C. Serviço social na Unidade de Emergência Referenciada: espaço construído e legitimado. **Revista Serviço Social e Sociedade**, Campinas: UNICAMP, 2006.
45. LEVY, P. **Cybercultura**. São Paulo: Ed. 34, 1999. 264 p.
46. MARTINEZ, M. C. et al. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 55-61, 2004.
47. MELLO, V. C. de, BOTTEGA, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, supl.I, p.739-745, 2009.
48. MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Agir em saúde: um desafio para a saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1977. p. 113-150.
49. MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises-SP tecnológicas - contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4, n.6, fev. 2000.
50. MERHY, E. E. As novas aplicações do conhecimento profissional. **Ciência e Profissão - Diálogos Saúde e Psicologia**, n.4, dez. 2006. p. 17.
51. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set/dez. 2003.
52. MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. **O uso de ferramentas analisadoras para o apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP**. Campinas: UNICAMP, 2006.
53. MEZZOMO, A. A. **Humanização hospitalar – fundamentos antropológicos e teológicos**. São Paulo: Loyola, 2010.
54. MORI, M. E. , OLIVEIRA, O. V. M. de. Os coletivos da política Nacional de Humanização. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, supl.I, p.627-640, 2009.
55. NOGUEIRA, Martins L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTTEGA, N. J.

Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

56. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

57. PASCHE, D. F., PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v.1, n. 1, jan./jun. 2008.

58. PEDROSO R. T.; Vieira M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. . **Interface - comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, Supl.1, p. 695-700, 2009.

59. PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1990. 200 p.

60. RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. I, p. 759-768, 2009.

61. RIBAS, E. R. S. O Trabalho em rede e o processo de humanização, 2002. Disponível em <[HTTP://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=43](http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=43)>. Acesso em 20 jan. 2009.

62. RIBAS, E. R. S. **O cuidado integral na instituição hospitalar, 2004.** Disponível em <<http://www.prattein.org.br/ph/texto>>. Acesso em 20 jan. 2009.

63. RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde – prática e reflexão.** São Paulo, Áurea, 2009.

64. SÃO PAULO. Secretaria de Planejamento do Estado. “Planejamento e orçamento - apresentação”. Disponível em< <http://www.planejamento.sp.gov.br/>> - Disponível em 25 maio de 2011.

65. TAHKA, V. O relacionamento médico-paciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

66. URBANO A. S. et al. Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 94-102, 2007.

