

# DIRETRIZ EBSERH DE HUMANIZAÇÃO: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde

Série “Diretrizes Ebserh sobre Humanização”

1ª Edição

Brasília – DF

2018

**SERVIÇO DE GESTÃO DA QUALIDADE**

COORDENADORIA DE GESTÃO DA CLÍNICA  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

José Mendonça Bezerra Filho  
**Ministro de Estado da Educação**

Kleber de Melo Moraes  
**Presidente**

Arnaldo Correia De Medeiros  
**Diretor de Atenção à Saúde**

Ricardo Malaguti  
**Coordenação da Gestão da Clínica**

Helaine Carneiro Capucho  
**Chefe de Serviço de Gestão da Qualidade**

**Elaboração – 1ª edição**

Anna Paula Bise Viegas  
Claudine Pereira Câmara  
Darcy Ramos Fernandes  
Fábio França Silva  
Joanilde Pires Pereira  
Jorge Antonio Rocha da Silva  
José Dival Ferreira Aragão  
Ladyzelia Rocha Araújo Sodré  
Laurenice Campos Vieira  
Leilliane Nogueira A. Val Quintan  
Lorena Bezerra Carvalho  
Ludmylla Cristina de Farias Pontes  
Márcia Amaral Dal Sasso

**Revisão – 1ª edição**

Alexandre R. de Araujo Oliveira  
Helaine Carneiro Capucho  
Joyce Santos Lages

**Colaboradores**

*Profissionais que encaminharam sugestões ao texto e participaram da validação da presente Diretriz*

Ainoã Cristina de Oliveira – HU-UFJF  
Airson Batista - HU-UFGD  
Alberto Rikito Tomaoka - HUMAP-UFMS  
Aline Carneiro Bezerra - CH-UFPA  
Aline Murta de Abreu - HU-UFJF  
Alisson Tadeu - HU-UFS  
Ana Angélica Rodrigues de Paula - HU-UFJF  
Ana cristina Alceu de Oliveira - MEAC-UFC  
Ana Karla de Medeiros - HUOL-UFRN  
Ana Karla de Sousa Severo - HUOL-UFRN  
Ana Luisa Almeida Regina - HU-UFJF  
Ana Maria de Carvalho Monteiro - HC-UFPE  
Ana Palmira Soares dos Santos - HC-UFTM  
Ana Paula Soares do Nascimento - HU-UFPI  
Ana Paula Vagheti de Oliveira – HU-FURG  
Andrea da Silva Araújo Novo - MCO-UFBA  
Andréa ferreira Uchóa - HULW-UFPB  
Andréia Pires - HU-FURG  
Andreza Karina Silva Machado Costa - HU-UFS  
Angela Mendonça de Souza - HU-UFGD  
Anne Luiza Nardi - HU-UFSC  
Antonio Freire de Souza - HUOL-UFRN  
Assuero Silva - MEAC-UFC  
Bárbara Letícia Miguel - HU-UFSC  
Bianca Cegati Ozuna - HU-UFGD  
Caren Kercher Gomes - HUSM-UFSM  
Carla Picango Pereira Façanha - HUOL-UFRN  
Carlos Augusto Alencar Junior - MEAC-UFC  
Caroline Zottele - HUSM-UFSM  
Christine Bermeguy - CH-UFPA  
Claúdia Maria P. de Lima - HULW-UFPB  
Creuza Maikaelly T de Albuquerque - HC-UFPE  
Daniel Aragão Machado - HUGG-UNIRIO  
Daniela Galdino Costa - HC-UFTM  
Danielle C. S. L. Machado - HU-UNIVASF  
Danielly Vieira Capoano - HU-UFGD  
Denise Soares de Almeida - HUAB-UFRN  
Denose Pereira Viçosa - HUPAA-UFAL  
Dilma T. de Oliveira Canuto - HUPAA-UFAL  
Edilene Maria Vasconcelos Ribeiro - MEAC-UFC  
Edilma da Trindade Costa - HU-UFS  
Edméia B. de Azambuja Goncalves - HU-UFGD  
Edmeia Brandão Barcellos - HU-FURG  
Elcilene Aparecida Bernardo - HU-UFJF  
Élida Nara Carneiro da Silva - HC-UFTM  
Eliene Machado Freitas Félix - HC-UFTM  
Emanuela Oliveira Spínola - HU-UNIVASF  
Ênio Rodrigues Viana - HU-UFPI  
Érica Larissa M Souto Albuquerque - HC-UFPE  
Éricka Cecilia Resende de Souza - HUOL-UFRN  
Eugenie Desirée Rabelo Neri Viana - MEAC-UFC  
Evandro Donizeti de Souza - HC-UFTM  
Fábia Aparecida Alves de Souza - HU-FURG  
Fernanda Gomes Viana - HU-UFPI  
Fernanda Vieira Frondana – Ebserh Brasília  
Flavia Priscilla P. Silva Santos - HUOL-UFRN  
Gabriela Maria de Brito Farias - HC-UFPE  
Gardênia Lustosa de Lucena - HUB-UNB  
Gerson Salles Machado - HU-FURG  
Gicelda Maria Pardo Vieira - HU-FURG  
Gilson Oliveira dos Reis - HU-UFJF  
Gislene Nascimento Brunholi - HUCAM-UFES  
Gleisiane Xavier Gomes - HC-UFPE  
Graziela Lourduro - HUSM-UFSM  
Hélida Rosa Silva - HC-UFTM  
Hênia R. de Melo - HUOL-UFRN  
Igor de Brito Andrade - HU-UFJF  
Igor Tadeu de Siqueira Calmon - HU-UFGD  
Ilana Lima - MEAC-UFC  
Isabel Cristina Nascimento de Jesus - HU-UFJF  
Ivanilza Emiliano dos Santos - HUPAA-UFAL  
Ivonete Helena Rocha - HC-UFTM  
Jacimar Sturaro Seixas - MCO-UFBA  
Jacimar Sturaro Seixas - MCO-UFBA  
Jackeline Ferreira Gomes - HULW-UFPB  
Jader José Rosário da Silva - HDT-UFT  
Jakeline Cavalcante Barbosa Flores - HU-UFGD  
Jakson Cerqueira Gama - HU-UFS  
Janaina Siman Naki - HUMAP-UFMS  
Janildes Inácio Santos - HUCAM-UFES  
Jazo Alves de Souza - HUOL-UFRN  
Jose Wellington Cunha Nunes - HUMAP-UFMS  
Juliana Pedrosa Korinfsky - HU-UNIVASF  
Juramir B. de Oliveira Junior - CH-UFPA  
Jussara de Lucena Alves - HUPAA-UFAL  
Karla Aparecida de Faria Santos - HU-UFJF  
Laís Norberta bezerra de Moura - HU-UFPI  
Larissa Celeste Paiva - MCO-UFBA  
Lariza Martins Falcão - HU-UFPI  
Leandra Maria Borlini Drago - HUCAM-UFES  
Leila Leal Leite - HU-UFPI  
Leila Maria de Souza - CH-UFPA

Leila Maria Ribeiro Brito - MCO-UFBA  
Liniane Campos Maciel - HC-UFTM  
Lívia Paraguai Cunha - MCO-UFBA  
Luciana Paiva Romualdo - HC-UFTM  
Lucinéia Penteadó Gomes - HU-UFMS  
Luis Fernando Beserra Magalhães - HDT-UFT  
Luizita Henckemaier - HU-UFSC  
Mara Danielle Felipe P. Rodrigues - HC-UFTM  
Maraíba Oliveira Santos Jordão - HUPES-UFBA  
Márcia Borges de Lima Félix – HC-UFTM  
Márcia Kaster Portelinha - HE-UFPEL  
Márcia Macedo Lima - HU-UFS  
Márcia Mape de Souza - HUOL-UFRN  
Maria Cristina Strama - HC-UFTM  
Maria da Conceição N. da Silva - HUOL-UFRN  
Maria da Consolação Magalhães - HU-UFJF  
Maria da Guia Feliciano - HUOL-UFRN  
Maria de Fátima Alves - HUPAA-UFAL  
Maria do Socorro Leauscio - MEAC-UFC  
Maria Emília Nunes - HU-UFSC  
Maria Helena dos Santos - HUPAA-UFAL  
Maria Inês Kloh - HUGG-UNIRIO  
Maria Isabel Callheiros - HUPAA-UFAL  
Maria Jacinta Pereira Veloso - MCO-UFBA  
Maria Jacinta Pereira Veloso - MCO-UFBA  
Mariâni de O. e Silva - HULW-UFPB  
Marielle Ribeiro Feitosa - MEAC-UFC  
Marlene Barbosa da Silva - HULW-UFPB  
Marli Morales C. do Nascimento - HE-UFPEL  
Marta Maria da Silva Lira Batista - HU-UFPI  
Matilde de Azevedo Oliveira - HU-UFJF  
Mayara Ladeira Coelho - HU-UFPI  
Mércia Guadalupe Ramos - HU-UFJF  
Miriam Mouzinho - HC-UFTM  
Monalisa Viana SantAnna - HUPES-UFBA  
Nadja de Azevedo Correia - HULW-UFPB  
Nalú Pereira da Costa Kerber - HU-FURG  
Neuma Oliveira de Medeiros - HUOL-UFRN  
Noeli Terezinha Landerdahl - HUSM-UFSM  
Patrícia Borges Peixoto - HC-UFTM  
Paula Morena Braga Passos – Ebserh Brasília  
Paulo Estevão - HC-UFTM  
Paulo Rodrigo Ribeiro Guimarães - HUB-UNB  
Pedro Germano Nobre Neto - HU-UFMA  
Rafael Campos Jordão - HC-UFTM  
Raimunda Maria F. Alemeida - HDT-UFT  
Raimunda Moreira da Silva - HDT-UFT  
Raoni Paiva Pereira - HUSM-UFSM  
Raquel Bressan de Souza - HU-UFGD  
Raquel Salles - HU-UFSC  
Regiane Lustosa da Cruz - HU-UFPI  
Rejane Martins Ribeiro - HU-UFJF  
Renata Fiuza Cruz - HU-UFJF  
Renata Silva Fontoura - HUPES-UFBA  
Rhaquel de M. A. B. Oliveira - MEAC-UFC  
Rigeldo Augusto Lima - HUB-UNB  
Rita de Cássia Rodrigues Reis - HC-UFTM  
Roberta de Araujo Silva - HU-UFJF  
Rodrigo daniel de Souza - HU-UFJF  
Roosi Zanon - HUSM-UFSM  
Rosalina Dantas da Silva - HU-UFGD  
Rosany Brito de Oliveira - HUPAA-UFAL  
Sabrina Telma Martins - HUB-UNB  
Sandi Moreira - HUPAA-UFAL  
Sandra de Souza Lima Rocha - HUGG-UNIRIO  
Sandra Sallet - HUSM-UFSM  
Sara Paiva Bitencourt da Silva - MCO-UFBA  
Sara Paiva Bitencourt da Silva - MCO-UFBA  
Satila Evely Figueiredo de Souza - HDT-UFT  
Silvana Assis Machado Pedrosa - HC-UFTM  
Soraya Ribeiro Almeida Cravo - MCO-UFBA  
Sueli Lima Beserra - HUOL-UFRN  
Taiane Weissheimer - HUSM-UFSM  
Tamires Barros de Almeida - HU-UFS  
Tania Magnago - HUSM-UFSM  
Tânia Maria Almeida da Silva - MEAC-UFC  
Tássia Ribeiro Soares - HU-FURG  
Tháísa Pase - HU-UFGD  
Thaype Minosa dos Santos Silva - HUOL-UFRN  
Ticiane Nunes - HUOL-UFRN  
Trup Cristina J. Dos Santos - HUOL-UFRN  
Valquíria Cardoso Chagas Alves - HC-UFTM  
Vanilda Aparecida Santana Paulino - HC-UFTM  
Vera de Fátima B. da Silva – HUSM-UFSM  
Vera Lúcia Silva Nossa dos Santos - MCO-UFBA  
Vera Maria Freitas da Silveira - HE-UFPEL  
Vera Moura Simonetti – HUSM-UFSM  
Verônica Macêdo Nébrega - HULW-UFPB  
Verônica Sales da Silva - MCO-UFBA  
Verônica Sales da Silva - MCO-UFBA  
Wilton Rodrigues Medeiros - HUAB-UFRN  
Wyvone Ares Pereira - HUOL-UFRN  
Yolanda Faria Tolentino - HUGG-UNIRIO  
Zilene Santa Brígida da Silva - HDT-UFT

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>DIRETRIZES E DISPOSITIVOS DA PNH.....</b>	<b>8</b>
3.1	GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO.....	10
3.2	VISITA ABERTA E ACOMPANHANTE.....	13
3.3	SISTEMAS DE ESCUTA QUALIFICADA.....	16
3.4	DESOSPITALIZAÇÃO.....	18
3.5	ACOLHIMENTO EM FUNÇÃO DA VULNERABILIDADE/RISCO.....	20
3.6	CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS.....	22
3.7	AMBIÊNCIA.....	24
3.8	VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	25
3.9	BRINQUEDOTECA.....	26
<b>4.</b>	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>
<b>6.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>33</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

A presente Diretriz tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na Rede Ebserh, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede.

A escolha de rol mínimo de atividades para a humanização nos hospitais que compõem a Rede Ebserh, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta primeira diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a Rede Ebserh já possuem trabalhos em humanização, alguns de grande destaque nacional e internacional, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede.

Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários. A ampliação das atividades para além das aqui propostas são incentivadas. Os hospitais têm autonomia para implementar novas ações.

Desta forma, esperamos que essa Diretriz, que passou por consulta pública interna à rede Ebserh e foi validada pelos hospitais em oficina realizada no dia 07 de dezembro de 2017, seja o documento orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado.

## 2.INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão<sup>1</sup>.

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais<sup>1</sup>.

Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, uma vez que, na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho<sup>1</sup>.

A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado<sup>2</sup>. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos<sup>1</sup>.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento<sup>1</sup>. Para humanizar as práticas de gestão e de cuidado, a Política Nacional de Humanização propõe que se incluam no planejamento das instituições os diferentes atores envolvidos (trabalhadores, estudantes, usuários e gestores), para implementar e avaliar a assistência e a formação dos profissionais.

### 3. DIRETRIZES E DISPOSITIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores do hospital. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável.

É importante a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação. Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas devem ter o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Os projetos devem respeitar a singularidade de cada hospital universitário e o meio no qual esse se encontra inserido, buscando trabalhar dois parâmetros interdependentes, direcionando a humanização ao usuário e também aos profissionais de saúde. Todas as ações devem estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho<sup>3</sup>. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como uma “tríplice inclusão”, incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro<sup>4</sup>.

As ações devem ser centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente<sup>5</sup>.

Os profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência deve ser coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo<sup>6,7</sup>.

É fundamental assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito<sup>6</sup>. Os profissionais de saúde devem considerar os usuários como parceiros na prevenção e promoção da saúde.

No intuito de apoiar os Hospitais Universitários Federais (HUF) na implantação, implementação e expansão das atividades que fortaleçam o processo de humanização da gestão e



do cuidado, essa diretriz discorrerá a respeito de algumas ações e de dispositivos preconizados pela PNH:

1. **Grupo de Trabalho de Humanização**
2. **Visita aberta e direito ao acompanhante**
3. **Sistemas de escuta qualificada**
4. **Desospitalização**
5. **Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco**
6. **Carta de direitos dos usuários do SUS**
7. **Ambiência**
8. **Valorização dos trabalhadores**
9. **Brinquedoteca**

Também compõem esse documento propostas de projetos, nos anexos III e IV, os quais podem ser desenvolvidos pelos HUF, desde que sejam adaptados às necessidades e às realidades locais.

Espera-se com esse documento ampliar as discussões sobre a humanização da assistência hospitalar, contribuindo para a melhoria do cuidado oferecido aos usuários atendidos pelos hospitais da Rede Ebserh a partir de ações efetivas nesta importante temática.

### 3.1 GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO - GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) deverá ser constituído nos hospitais que ainda não o possuem, que deverá realizar trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio publicado em portaria institucional.

O GTH é um “espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”<sup>8</sup>. A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde<sup>9</sup>.

A composição do grupo deverá ser formalizada por portaria institucional, a fim de que se dê amplo conhecimento acerca da existência do GTH, bem como o reconhecimento público do importante papel que seus componentes passam a exercer junto à instituição: conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à Saúde<sup>8</sup>; apoiar e estimular as ações humanizadas em todo Hospital.

O Grupo deve fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Instituição, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados. Em suas reuniões, deve estar sempre aberto a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais<sup>10</sup>.

As reuniões deverão ser, minimamente, mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da instituição, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas.

O GTH reporta-se diretamente à Superintendência do Hospital, quando não está presente no HUF a Unidade de Apoio Corporativo. O anexo I desse documento apresenta proposta de Modelo para o Regimento interno.

Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição<sup>9</sup>.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização. Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da instituição, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

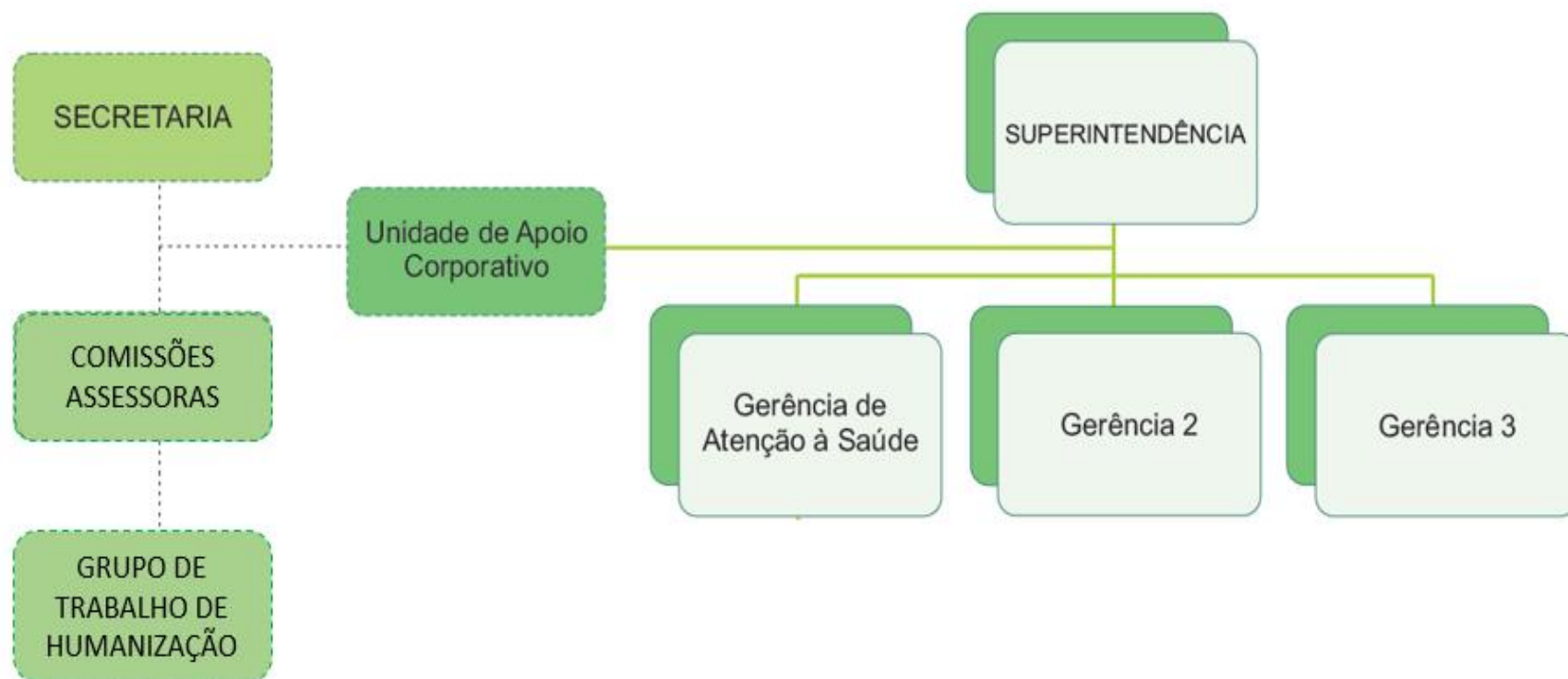
Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro do hospital, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento. Além disso, o GTH deve ampliar a comunicação entre a instituição, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o aprimoramento dos serviços prestados pelo hospital, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispendo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado. A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Ressalta-se a importância da consulta dos gestores do hospital ao GTH para que analise os diferentes projetos da instituição, constatando-se que esses estão em consonância com os princípios da PNH. Além disso, é relevante oferecer e realizar a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários.

É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

### 3.1.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



### 3.2 VISITA ABERTA E DIREITO AO ACOMPANHANTE

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz <sup>11</sup>.

Na Portaria GM/MS nº 3.390<sup>12</sup>, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: “o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio”. A PNOSP ainda coloca que:

*“Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência<sup>12</sup>. ”*

Já o acompanhante é descrito no documento HumanizaSUS como “um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde”<sup>11</sup>.

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais<sup>13</sup>, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação<sup>11</sup>.

Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima<sup>11</sup>.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional.

Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei nº 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente<sup>14</sup>. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei nº 10.741/03 - Estatuto do idoso<sup>15</sup>.

Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 2005<sup>16</sup>. O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós-parto e a utilização de analgésicos<sup>11</sup>.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015<sup>17</sup>.

Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais<sup>18</sup>.

### ***O hospital como um espaço de construção da autonomia do autocuidado:***

O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário<sup>11</sup>.

Habilitar o usuário para o autocuidado é função da equipe multiprofissional. Dorothea Orem define o autocuidado como a “prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. De acordo com Orem, a pessoa é um ser funcional e integrado com o todo, motivado a atingir o autocuidado<sup>19, 20, 21</sup>.

Há três tipos de autocuidado: o universal, o de desenvolvimento e o de desvios de saúde. Dentre as necessidades universais é possível observar a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação; a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo<sup>19, 20, 21</sup>.

Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário. A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de “reinserção social”<sup>11</sup>.

### ***Visitantes e Acompanhantes***

A demanda de visitantes e de acompanhantes não pode ser estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar. Como exemplo, é possível citar: visita de crianças, contribuindo para a reabilitação da pessoa internada; flexibilização dos horários, de acordo com a realidade cotidiana dos visitantes; acompanhantes do sexo oposto, conforme a possibilidade de adequação da enfermaria<sup>11</sup>.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, é fundamental que lideranças e equipes de saúde reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos <sup>11, 13</sup>.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos<sup>11</sup>.

Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço do hospital para a inclusão do acompanhante<sup>11</sup>.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente<sup>11</sup>, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento<sup>13</sup>, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Os HUF da Rede Ebserh devem verificar a possibilidade de implementação ou expansão desse dispositivo, analisando os benefícios gerados para usuários, seus familiares, profissionais de saúde e para a comunidade.

### 3.3 SISTEMAS DE ESCUTA QUALIFICADA

É necessário que as instituições possuam sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados. Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS<sup>22</sup>.

É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados<sup>22</sup>.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da Instituição e reduzindo a exposição ao litígio<sup>22</sup>.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos<sup>23</sup>.

Com Donabedian, o entendimento de satisfação do usuário tornou-se um dos elementos importantes na avaliação da qualidade em saúde, o que possibilitou considerar a ideia de satisfação dos usuários como atributo de qualidade e não apenas um meio de produzir a adesão do usuário ao tratamento<sup>23</sup>.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados deverá acontecer periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários do HUF na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.



A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria podem revelar falhas nos processos da instituição que se caracterizam como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permitirá aos HUF implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

### 3.4 DESOSPITALIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema. A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Deve-se instituir um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados. É importante desenvolver no hospital um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional<sup>24,25</sup>. Para a elaboração do projeto terapêutico singular, deve-se proceder a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, devem ser definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa. O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo<sup>25</sup>. É importante implantar a visita multidisciplinar integrada e reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência no hospital<sup>27</sup>.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que esteja implementado o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução)<sup>27</sup>.

É importante também elaborar um projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional. Idealmente, o usuário deve ter alta do hospital com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que

forem necessários após a saída do hospital. Os projetos terapêuticos devem ser conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado<sup>26</sup>.

### 3.5 ACOLHIMENTO EM FUNÇÃO DE VULNERABILIDADE/RISCO

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade<sup>12</sup>. É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão<sup>27</sup>.

A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco<sup>3</sup>. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia<sup>1</sup>.

Deve ser elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade da assistência em outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento<sup>28</sup>.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde<sup>27</sup>.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos<sup>26</sup>. Para que o acolhimento seja apropriado, é importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas<sup>27</sup>.

Os serviços de urgência e emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas<sup>12</sup>. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera<sup>26</sup>. Os serviços devem ser reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço<sup>27</sup>.

Todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as “portas de entrada”, podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde<sup>27</sup>.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção<sup>27</sup>. Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento<sup>26</sup>.

Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado. Recomenda-se que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul). A classificação de risco é dinâmica, sendo necessária reavaliação de risco periódica dos usuários que estão aguardando atendimento. É fundamental que a forma de organização do serviço seja divulgada com clareza para os usuários<sup>27</sup>. Documentos sobre o funcionamento do acolhimento devem ser disponibilizados em locais de circulação<sup>26</sup>.

### 3.6 CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva.

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público<sup>28</sup>.

A Carta é regida pelos seguintes princípios<sup>28</sup>:

- a) 1º Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;
- b) 2º Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;
- c) 3º Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;
- d) 4º Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- e) 5º Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- f) 6º Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares. No anexo II há uma proposta de documento que define e divulga os direitos dos usuários do SUS.

### 3.7 AMBIÊNCIA

---

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>29</sup> a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários.

Visando isso, faz-se necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade. Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas.

É interessante dispor de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito, com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, deve-se conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil. Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante<sup>30</sup>.

Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.



### 3.8 VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

De acordo com a Cartilha da PNH “Trabalho e Redes de saúde”<sup>31</sup>, o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

É fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão<sup>32</sup>, dando visibilidade às experiências dos trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho<sup>31</sup>.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado.

Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente. A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas.

No Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição. Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas<sup>33</sup>.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais. Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias<sup>33</sup>.

É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação “Cuidando do Cuidador”, que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam<sup>34</sup>.

### 3.9 BRINQUEDOTECA

---

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontra. De acordo com a Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente: “Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar”<sup>35</sup>.

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança<sup>36</sup>.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, verifica-se a importância da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social.

Nesse sentido, os HUF da Rede Ebserh deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde. Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências<sup>36</sup>. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico do Ministério da Saúde, e, por consequência, será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

## 4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano, norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos<sup>25,31</sup>.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas<sup>31</sup>.

A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos. Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão. Observa-se que a avaliação impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos<sup>25,31</sup>.

O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação. Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos<sup>31</sup>.

Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços. São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior<sup>37</sup>. Ressalta-se que “uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo”<sup>37</sup>.

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde-doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos<sup>38</sup>.

A Rede Ebserrh trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado "Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência"<sup>25</sup>.

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice. Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;
2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;
3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;
4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;
6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz Ebserrh de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;
7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados no HUF.

Além do Índice Ebserrh sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores<sup>33</sup>:

- I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição;

- II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;
- III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;
- IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;
- V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;
- VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;
- VII. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

1. Ministério da Saúde (Brasil). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [manual na internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>
2. PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. Revista Médica de Minas Gerais. 2009; 19 (4): 33-41. [Acesso em 05 de dez de 2017]. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1131>>.
3. Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional De Humanização. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [Acesso em 18 ago 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>
4. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Gestão Participativa e Cogestão. 1ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em 20 de fev de 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Gestão Participativa. Co-Gestão. 1ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Acesso em 20 de fev de 2018]. Disponível em: [http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20\\_%20Co-Gestao.pdf](http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20_%20Co-Gestao.pdf)
6. Proqualis. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Simplificando o cuidado centrado na pessoa. O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia Rápido. [Internet]. 2014. [Acesso em 27 de fev de 2018]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>
7. Silva, TO et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em:27 de fev de 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33340>.
8. Brasil. Ministério da saúde. Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar. [manual na internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Acesso em 18 ago 2017]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Grupo De Trabalho De Humanização. 2ª edição. [cartilha na internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [Acesso em 22 ago 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo\\_trabalho\\_humanizacao\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho_humanizacao_2ed_2008.pdf)>.
10. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da UFMG. [internet]. [Acesso em 22 ago 2017]. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude142.pdf>>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. [Internet]. Brasília: Ministério da saúde, 2007. [acesso em 20 set 2017 ]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita\\_acompanhante\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf)>.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 31 dez 2013; Seção I. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).
13. Knobel, E. Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2010.

14. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jul 1990; Seção I. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm).
15. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 3 out 2003; Seção I. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).
16. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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 08 abr. 2005. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm).
17. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [acesso em 01 dez 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm).
18. Brasil. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 jul 2000. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9982.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm).
19. Figueiredo AE, Koth LV, Lopes MHI. Diálise peritoneal: educação do paciente baseado na teoria do autocuidado. *Scient Med*. [Internet]. 2005. [acesso em 20 set 2017]; 15(3). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/1567/7946>.
20. Domingos, C. S., et al. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem. *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 2015. [acesso em 20 set 2017]; 19(2). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1013>.
21. Remor, A. et al. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. *Rev. Bras. Enfermagem* [Internet]. 1986. [acesso em 20 set 2017]; 39(2/3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671986000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671986000300002).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [Acesso em: 22 de setembro de 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_implantacao\\_ouvidoria\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_implantacao_ouvidoria_sus_2ed.pdf).
23. Vaitsman, Jeni. De Andrade, Gabriela Rieveres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (3): 599-613. [Acesso em 10 de out de 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf)
24. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker, MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *Demetra* 2014; 9 (1): 269-86.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular [manual na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)
26. Ministério da Saúde (Brasil). Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência [manual na internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em:



- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento\\_politica\\_humanizacao\\_rede\\_gestaosus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_rede_gestaosus.pdf)
27. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. [manual na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 (B). [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)
  28. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos usuários da Saúde. 1ª edição, [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Acesso em 18 de set de 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>.
  29. Brasil. Ministério de Saúde. Ambiência. 2ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [Acesso em 31 de ago de 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>.
  30. Ribeiro, Juliane Portella et al. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. Rev. Esc. Enferm. USP. [internet] 2014; 48(3):530-9. [Acesso em 01 de set de 2017]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt\\_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf)>.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e Redes de Saúde Valorização dos Trabalhadores da Saúde. 2ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [Acesso em 28 de ago de 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho\\_redes\\_saude\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude_2ed_2008.pdf)>.
  32. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Gestão Participativa. 2ª edição. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em 28 de nov de 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestao\\_participativa\\_cogestao\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf)>.
  33. Filho, Serafim Barbosa Santos. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar. Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. [internet]. [Acesso em 30 de ago de 2017]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf)>.
  34. Fiocruz. Conass. Conasems. IdeiaSUS. Cuidando do Cuidador. [internet]. [Acesso em 28 de nov de 2017]. Disponível em: <<http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/promocao-da-saude/1138-cuidando-do-cuidador>>.
  35. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (Brasil). Resolução nº 41 de outubro de 1995. [internet]. [Acesso em 09 de out de 2017]. Disponível em: <<http://www.portal.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educacao-saude/classes-hospitalares/WEBLEGISLA%C3%87%C3%83O/resolucao%20n%C2%BA%20%2041-1995.pdf>>.
  36. Brasil, LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. [internet]. [Acesso em 09 de out de 2017]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm)>.
  37. Vaughan JP, Morrow RH. Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. 1 ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1992.
  38. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. 1 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ, 1997.



## **ANEXO I: PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO**

### **CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO**

Art.1º - O Grupo Trabalho de Humanização - GTH é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, em benefício de usuários, docentes, discentes, profissionais de saúde e demais membros da comunidade, voltada à valorização das pessoas e qualidade do trabalho.

### **CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS**

Art.2º - Ao GTH compete:

- I. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem as políticas de saúde da instituição mais humanizadas;
- II. Traçar diretrizes, elaborar, aprovar, monitorar e avaliar planos de ação para a humanização na instituição;
- III. Analisar as demandas que aparecem na análise no Plano de Ação traçado pelo Grupo;
- IV. Divulgar, apoiar e promover permanentemente a Política Nacional de Humanização na instituição;
- V. Colaborar para que as ações de humanização estejam articuladas com os vários níveis de gestão e os vários segmentos que compõem o Sistema Único de Saúde;
- VI. Estimular a participação dos segmentos da comunidade hospitalar nas ações de humanização dos serviços.

### **CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO MÍNIMA**

Art.3º - O GTH terá minimamente a seguinte composição:

- I. 01 (um) Representante da Assessoria de Comunicação do Hospital;
- II. 01 (um) Representante da Superintendência;
- III. 01 (um) Representante da Ouvidoria do Hospital;
- IV. 01 (um) Representante da Divisão de Gestão de Pessoas;
- V. 01 (um) Representante da Gerência Administrativa;
- VI. 02 (dois) Representantes da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- VII. 01 (um) Representante dos Voluntários do Hospital, quando houver;
- VIII. 02 (dois) Representantes da Gerência de Atenção à Saúde;
- IX. 01 (um) Representante dos Usuários.

**Parágrafo primeiro:** Poderão ser convidados a participar temporariamente do Grupo de Trabalho de Humanização outros representantes de acordo com a necessidade dos trabalhos em andamento.

## **CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO**

Art.4º - - Os componentes do Grupo de Trabalho de Humanização poderão assumir as seguintes funções: coordenação dos trabalhos, observação do andamento e dos impasses do grupo, articulação da pauta e registro da reunião.

Observação: A distribuição de funções poderá ser realizada de modo rotativo entre os participantes do grupo, ficando essa decisão a critério dos participantes. Caso o hospital escolha que o GTH seja formado por membros efetivos, a duração do mandato deverá estar explicitada no documento, de acordo com a decisão institucional (exemplo: mandato de 12 ou 24 meses).

### **SEÇÃO I - DO COORDENADOR**

Art.5º - Caberá ao Coordenador:

- a) Administrar a pauta da reunião;
- b) Articular a pauta, administrando os encaminhamentos, assuntos pendentes e a divisão de tarefas;
- c) Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordadas pelo grupo.

### **SEÇÃO II – DO RELATOR**

Art.6º - Caberá ao relator de reunião:

- a) sintetizar o debate ocorrido, bem como os encaminhamentos, assuntos pendentes e divisão de tarefas, registrando-os em formulário próprio.

### **SEÇÃO III – DA DINÂMICA DA REUNIÃO**

Art.7º - a reunião do Grupo de Trabalho de Humanização terá os seguintes momentos:

- a) leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;
- b) discussão da pauta do dia e informes;
- c) encaminhamentos;

d) avaliação do encontro pelo grupo.

**Parágrafo Único:** as reuniões acontecerão minimamente 1 (uma) vez ao mês.

#### **SEÇÃO IV – DA DURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO**

ART. 8º - O Grupo de Trabalho de Humanização terá duração por prazo indeterminado.

ART. 9º- O Grupo de Trabalho de Humanização reunir-se-à, ordinariamente, no dia XXXXX de cada mês, e extraordinariamente sempre que deliberado pelo Grupo.

#### **SEÇÃO V – DAS RESPONSABILIDADES DOS PARTICIPANTES**

ART.10. - Os participantes do Grupo de Trabalho de Humanização:

- a) deverão manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;
- b) qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente ao Grupo de Trabalho de Humanização, devendo ser a mesma registrada no relatório;

#### **SEÇÃO VI – DOS SUBGRUPOS**

ART.11. - Grupo de Trabalho de Humanização poderá se organizar em subgrupos de acordo com a natureza dos trabalhos em andamento, definidos pelo grupo.

#### **CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

ART.12. - Os casos omissos serão resolvidos pelo Grupo de Trabalho de Humanização.

ART.13. - Este regimento será apreciado pela Superintendência do Hospital XXX e entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pelo Grupo de Trabalho de Humanização e publicação de Portaria, podendo ser alterado, de acordo com as necessidades pactuadas pelo grupo.

LOCAL , .....de ANO.

**ANEXO II: PROPOSTA DE DOCUMENTO SOBRE DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS**

---

**I. FINALIDADE**

Definir os direitos e responsabilidades de usuários e familiares.

**II. DESCRIÇÃO**

Os HUF reconhecem sua responsabilidade na definição e divulgação de diretrizes que protejam os direitos e assegurem as responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

**III. DIREITOS DOS USUÁRIOS**

1. Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso, independentemente da sua etnia, credo, cor, sexo, orientação sexual ou diagnóstico, sem qualquer preconceito ou discriminação;
2. Ser identificado por nome completo e data de nascimento e tratado pelo seu nome e não de modo genérico, ou pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa;
3. Ter assegurado o direito de usar o nome social, podendo o (a) usuário indicar o nome pelo qual prefere ser chamado (a), independentemente do nome que consta no seu registro civil ou nos prontuários do serviço de saúde, como nos casos de usuários em processo transsexualizador ou não, bem como, Travestis e Transexuais;
4. Receber informações sobre as normas da instituição a respeito da proteção de seus pertences pessoais;
5. Receber informações claras, simples e compreensivas, por parte da equipe que o assiste, adaptadas à sua condição cultural, a respeito de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos;
6. Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados, bem como procedência de sangue e hemoderivados, antes de recebê-los;
7. Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada informação, desde que não esteja em risco de morte. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado, por escrito, por seus familiares ou responsáveis;
8. Em caso de recusa ou revogação de consentimento, não serão imputadas quaisquer sanções morais ou legais, entretanto, será documentado em prontuário;
9. Ter acesso ao seu prontuário de acordo com a legislação vigente e conforme as normas da instituição. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações

- padronizadas sobre o histórico do usuário, princípios e evolução da doença, condutas terapêuticas e demais anotações clínicas;
10. Ter resguardado a confidencialidade de toda e qualquer informação, com a garantia do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública;
  11. Receber ou recusar assistência psicológica e religiosa;
  12. Ter respeitadas suas crenças espirituais e religiosas bem como seus valores éticos e culturais;
  13. Ter garantida a sua segurança, individualidade, privacidade, integridade física, psíquica e moral. Para tanto, o sujeito tem direito a manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde a privacidade;
  14. Ter assegurados, em se tratando de crianças e adolescentes, indivíduos deficientes ou idosos, seus direitos de acordo com a legislação vigente e política da instituição;
  15. Ter o direito de acompanhante de sua escolha durante todo o período da internação, de acordo com as normas da instituição;
  16. Ser estimulado a participar de todas as decisões sobre seus cuidados, tendo a garantia de que a equipe que o assiste fornecerá informações e esclarecimentos acerca de dúvidas, resultados do cuidado e do tratamento, bem como resultados não previstos;
  17. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos e medidas de ressuscitação ou outros tratamentos de sustentação da vida, aplicável a maiores de 18 anos ou legalmente emancipados;
  18. Expressar suas preocupações ou queixas para direção da Instituição, utilizando o Serviço de Ouvidoria e receber informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos;
  19. Ter livre acesso à Ouvidoria para manifestar sua solicitação, reclamação, informação, denúncia e/ou solicitação;
  20. Solicitar segunda opinião médica em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento, conforme política da instituição;
  21. Ter assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida e ser tratado com dignidade e respeito após sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua previa autorização, de sua família ou do responsável legal;
  22. Poder identificar, por meio de crachá, com fotografia e nome, os profissionais envolvidos em seus cuidados;

23. As informações e dúvidas devem ser tiradas com a equipe médica que o acompanha, após a visita médica;

#### **IV. DEVERES DOS USUÁRIOS**

1. Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos ou substâncias que provoquem fármaco dependência, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde;
2. Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que assiste o usuário, sendo responsável pelas consequências de sua recusa;
3. Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do Hospital;
4. Zelar e se responsabilizar pelas instalações da Instituição colocadas à sua disposição;
5. Respeitar os direitos dos demais usuários, funcionários e prestadores de serviços da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes;
6. Respeitar a proibição do fumo, extensivo aos seus acompanhantes e visitantes, conforme a legislação vigente;
7. Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades acima relacionadas, deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.

#### **V. DAS RESTRIÇÕES:**

1. Entrar ou circular pelo hospital trajando roupas inadequadas (roupas curtas, decotadas e ou transparentes) e sem camisa;
2. Entrar e circular sem crachá;
3. Entrar com alimentos sem autorização específica;
4. Entrada de pessoas apresentando sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
5. Fumar nas dependências do hospital;
6. Trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como cadeira de praia, colchão entre outros;
7. Entrada de pessoas com calçados abertos, tais como: chinelos, sandálias e afins;
8. Visitar outros leitos e ficar circulando nos corredores do hospital sem um objetivo específico;
9. Jogar lixo e quaisquer outros objetos pela janela ou no chão;
10. Sentar ou deitar no leito da pessoa internada;

11. Compartilhar objetos ou prestar assistência a outros usuários;
12. Guardar qualquer tipo de alimentos e utensílios da nutrição nos armários das enfermarias;
13. Conversar em voz alta, ou discutir entre familiares na beira do leito da pessoa internada;
14. É vedado fotografar e/ou filmar nas dependências do hospital sem autorização da Unidade de Comunicação.

No momento da internação é oferecido ao usuário e/ou ao seu familiar responsável, um guia com informações sobre os serviços e funcionamento do hospital, o qual contém a lista completa dos Direitos e Responsabilidades. A referida lista também pode ser facilmente acessada em quadros informativos distribuídos em locais de fácil visualização, tanto para funcionários quanto para usuários e familiares.

Quando algum direito for ferido ou responsabilidade não cumprida, o líder da unidade buscará garantir sua adequação, enquanto representante da instituição. Em última instância, tanto usuários e familiares, quanto à própria instituição, contam com o auxílio da Ouvidoria, que fará interface entre ambos.

**ANEXO III: Projeto Espiritualidade**

Visando à Humanização, preocupando-se com o princípio de equidade dos usuários, no que rege o artigo 5º da Constituição Federal: “é assegurado nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva”, sugere-se a implantação do Serviço de Capelania (assistência religiosa) dos diversos segmentos religiosos da comunidade.

Sabe-se que o ser humano possui uma dimensão biopsicossocial e espiritual, e quando internados em hospitais, usuários e acompanhantes passam por momentos de crise, e que muitos apoiam-se em suas crenças como forma de amenizar o seu sofrimento. O objetivo maior dessa assistência espiritual é contribuir para aliviar as situações de sofrimento pelas quais passam os usuários e seus familiares. Diante disso, a implantação desse serviço visa respeitar o sujeito como um ser integral e consciente de seus direitos.

**OBJETIVOS****GERAL**

Proporcionar apoio espiritual e emocional aos usuários internados.

**ESPECÍFICOS**

- Contribuir para a valorização do aspecto espiritual e seu impacto no processo de recuperação de usuários internados;
- Organizar o fluxo de religiosos em visita ao Hospital;
- Evitar doutrinação de usuários por representantes de igrejas em visita ao Hospital.



**ANEXO IV: Projeto Voluntariado**

Sabe-se hoje que o avanço da tecnologia em todos os setores é fato incontestável. Na Saúde não é diferente. Existe a clareza de que esse processo na Saúde tem contribuído para um distanciamento das relações interpessoais, quadro que necessita ser revertido, uma vez que é no ambiente hospitalar que se reavivam sentimentos muitas vezes esquecidos pelo ser humano.

No cotidiano desse ambiente são vivenciados sentimentos de dor, amor, fraternidade, tristeza, tensão, fantasias, medos e morte, elementos que fazem parte desse contexto e que devem ser considerados nos procedimentos para o restabelecimento físico e emocional do sujeito.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde, defronta-se, em algumas situações, com a necessidade de reduzir recursos financeiros, o que pode inviabilizar investimentos maiores em recursos humanos.

Nesse cenário, surge a necessidade de mobilização da sociedade, inserindo pessoas, profissionais da área de saúde ou não, que possam agregar valor ao ambiente hospitalar, no sentido de tê-los em ação voluntária, atuando como apoio no processo de melhoria da assistência hospitalar.

A Institucionalização da atividade voluntária de acordo com a Lei nº. 9.608/9833, distribuiu os voluntários em seguimentos: voluntários do acolhimento (conhecido na comunidade hospitalar como “Projeto Posso Ajudar?”); voluntários de formação técnica (que disponibilizam seus conhecimentos na área de sua formação acadêmica), e voluntários da espiritualidade (que têm projeto próprio, chamado Espiritualidade).

**OBJETIVOS****GERAL**

Atender a demanda com atenção, direcionando e organizando o fluxo de usuários nos serviços que integram a porta de entrada da Instituição, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento prestado pelo Hospital Universitário.

**ESPECÍFICOS**

- Prestar orientação e informação aos usuários, facilitando seu ingresso no Hospital;
- Intermediar a comunicação entre usuários e profissionais;
- Acolher o usuário que procura os serviços do Hospital, primando pelos princípios de cidadania, respeito e solidariedade;
- Promover a participação direta da comunidade no processo de humanização da assistência.