



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**

Secretaria de Estado da Saúde

CARTOGRAFIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA

**Florianópolis
2014**

Contato: www.saude.sc.gov.br - Educação na Saúde – Humanização
Secretaria de Estado da Saúde - Superintendência de Gestão e Planejamento Diretoria de Educação
Permanente em Saúde - DEPS.
Rua Esteves Júnior, 390 – 2º andar. Centro – Florianópolis / SC - 88.015-530
Telefones: (48) 3212-1680
e-mail: deps@saude.sc.gov.br, divisaopnh@saude.sc.gov.br, humanizasantacatarina@gmail.com
Sites: www.redehumanizaus.net e <http://portalses.saude.sc.gov.br>

Ficha Catalográfica elaborada pela Divisão de Documentação da Escola de Saúde Pública do
Estado de Santa Catarina

S 231 p

Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Educação Permanente em Saúde.
Divisão de Humanização.

Relatos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde em
Santa Catarina [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina . -
Florianópolis, 2014.

45 p.

1. Política Nacional de Humanização. 2. Sistema Único de Saúde. I. Secretaria de Estado da
Saúde de Santa Catarina. II. Título.

CDU: 614 (81)

Sumário

1 O PERCURSO NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRIMEIRA MOSTRA	5
2.1 Resumos dos Trabalhos Apresentados	8
2.2 Avaliação da Mostra	24
3 ENCONTROS ITINERANTES DO COLEGIADO GESTOR: CONTANDO UM POUCO DA HISTÓRIA	Erro! Indicador não definido.
4 UMA NARRATIVA NO CAMINHO DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE EM SANTA CATARINA	Erro! Indicador não definido.
5 MAPEAMENTO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SANTA CATARINA	33
6 BIOÉTICA PELAS LENTES DO CINEMA: UM DEBATE SOBRE HUMANIZAÇÃO.....	38
7 OS 10 ANOS DE PNH: FRAGMENTOS DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.....	39
Apêndice - Leitura recomendada	43

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública transversal, isto é, uma proposta inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) visando reconhecer o outro como um cidadão de direitos e valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e modos de gestão. Além disso, propõe-se a navegar entre muitos pontos, instâncias, projetos e programas que habitam os distintos cenários de saúde do Brasil. Tem-se, portanto, a proposição de uma política capaz de contribuir e provocar mudanças nos problemas enfrentados no SUS, diminuindo as profundas desigualdades nesse país continental e com muitos desafios.

A responsabilidade do Ministério da Saúde em fortalecer o SUS permitiu a promoção de uma política capaz de envolver-se com outros segmentos e tornar a humanização um movimento: um movimento HumanizaSUS. Nestes dez anos de existência têm-se muitas experiências no SUS que dá certo. Os avanços e as conquistas permitiram a construção de redes, saberes e práticas. Ao mesmo tempo, os desafios para a produção de saúde permanecem, tais como: qualificar o sistema de cogestão do SUS, fortalecer os processos de regionalização, superar o entendimento de saúde como ausência de doença, fomentar estratégias de valorização do trabalhador, etc. Assim, a humanização, transcende a visão de programa, é uma política transversal na Rede SUS.

Nesse sentido, para traduzir, registrar, narrar e dar visibilidade para as diferentes ações e proposições da PNH no Estado de Santa Catarina, tem-se o objetivo nessa produção apresentar uma série de informações, apontamentos e documentos relevantes da vida ativa de alguns movimentos da humanização nesse território. Trata-se de um exercício cartográfico, uma tentativa de narratividade na composição de um dossiê. Sabe-se do desafio e do caráter parcial dessa construção coletiva, pois se tem um espectro definido, um registro fotográfico/visual de uma distribuição de quantidades observáveis ou propriedades dispostas segundo sua magnitude e capacidade de percepção, assimilação e registro relativos à PNH no Estado.

A constituição de materialidade foi impulsionada pela “I Mostra da Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina (SC)”, realizada em 2012. A necessidade de um mapeamento de experiências, da divulgação de inovações, pesquisas e ações da PNH no cenário estadual estimulou a concretização da Mostra. E, em 2013, conseguimos realizar a “II Mostra”. Assim, o interesse em tornar público o conjunto de experiências foi se ampliando a partir de encontros e reuniões posteriores a Mostra com o intuito de aumentar a interlocução entre os trabalhadores, usuários e gestores, favorecer a interação entre diferentes áreas e temas e permitir a ampliação de novas inserções na PNH.

Assim, tem-se distribuído neste documento, os seguintes pontos: a) O percurso na construção de uma primeira Mostra; b) Resumos dos Trabalhos Apresentados; c) Avaliação da Mostra; d) Encontros itinerantes do Colegiado Gestor Estadual de Humanização; e) Uma Narrativa no Caminho da Humanização em Santa Catarina f) mapeamento das ações da PNH. g) questões bioéticas e processo de trabalho e h) Os 10 anos de PNH: fragmentos de uma construção coletiva. Com isso, pretende-se ofertar uma visão abrangente sobre as interfaces e desdobramentos do movimento de humanização distribuído pelo Estado.

Uma boa leitura!

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior
Consultor da Política Nacional de Humanização – Território Santa Catarina
Setembro de 2013, Florianópolis.

1 O PERCURSO NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRIMEIRA MOSTRA

A **I Mostra da Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina** integrou o planejamento das ações do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina, cujo objetivo era ampliar e aproximar as experiências e práticas relacionadas à Política Nacional de Humanização (PNH) realizada no Estado de Santa Catarina. Assim, acionar as diferentes redes de atenção à saúde, além de publicizar e aquecer a rede em Humanização do SUS.

O evento ocorreu no dia 22 de novembro de 2012, das 08 horas às 17 horas, no Auditório e salas anexas a Escola de Formação em Saúde (EFOS), localizada na Rua das Orquídeas, s/n - Bela Vista III - São José - SC. Teve como público-alvo os trabalhadores e profissionais de saúde com experiências na PNH. Para a realização do evento pode-se contar com a parceria da Divisão de Educação Permanente (DEP) do Estado de Santa Catarina. Quanto ao número de participantes, a expectativa inicial foi superada contando com 125 inscrições, sendo destes, 29 trabalhos. O evento foi organizado com a metodologia de rodas de conversa, também com a convidada Profa. Dra. Liane Righi, consultora da PNH/MS e professora de ensino superior da UFRGS. Abordou o tema: “Redes de produção de saúde, Produção de saúde em Redes”.

A metodologia da I Mostra partiu da organização coletiva por meio de um grupo de pessoas dispostas a conversar numa grande roda e dispor no centro desta roda um grupo menor de pessoas para apresentar um tema-experiência para os demais. Para tanto, utilizou-se a Rede HumanizaSUS¹ com a criação de um blog do Colegiado Estadual de Humanização, a fim de anunciar os diferentes trabalhos encaminhados para a socialização. O conteúdo dos materiais foi postado por meio do *tag*² I Mostra, estas publicações tinham intuito de mostrar a todos os participantes da rede as diversas experiências que seriam apresentadas socializando antes mesmo do evento acontecer presencialmente e ao mesmo tempo incluindo os demais integrantes das equipes de saúde que não poderiam estar naquele momento. Além de rodas para apresentação dos trabalhos a proposta contou com a construção de um mapa de ações de humanização em todo o Estado.

Nesta primeira edição, a apresentação dos trabalhos foi disposta a partir da palavra rodada, na modalidade aquário (inclusão de diferentes atores). Contou-se com aproximadamente quatro apresentadores por sala, a partir de eixos temáticos balizadores, neste caso, os dispositivos da PNH: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Cogeridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo.

¹ Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS, com o objetivo de criar uma *rede de colaboração*, que permita o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um. Trata-se de uma arena aberta pela **Política Nacional de Humanização** para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

² “Rótulo” - Palavra-chave ou termo associado com uma informação.

Nesse sentido, buscaram-se a constituição de um formato de Mostra na perspectiva não acadêmica, sem a necessidade de uma construção esquemática tradicional para a apresentação dos trabalhos, podendo ser utilizadas ferramentas metodológicas variadas (vídeo, fotos, dramatização, entre outras). O tempo de apresentação foi de aproximadamente 15 minutos.

A proposta da **Mostra** não foi a de apresentar as “melhores” experiências, e sim de fornecer elementos para reflexão, com a esperança que outras tantas existam e possam no futuro também serem apresentadas a todos os cantos.

ORGANIZADORES:

CARLOS ALBERTO SEVERO GARCIA JR. – Psicólogo, Mestre em Educação (UFSC), Doutorando em Ciências Humanas (UFSC), Residência em Saúde Mental (GHC/POA). Consultor do Ministério da Saúde pela Política Nacional de Humanização. Email: carlosgarciajunior@hotmail.com e carlos.junior@saude.gov.br

LEDRONETE SILVESTRE – Enfermeira, Mestre em Enfermagem (UFSC) Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Coordenadora da Divisão de Humanização e do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina. Email: divisaopnh@saude.sc.gov.br, lesilvestre5@gmail.com

PATRÍCIA S.C. SILVA – Nutricionista, Licenciatura em Letras, Mestre em Letras - Literatura Brasileira (UFSC) - Consultora da Rede HumanizaSUS do Ministério da Saúde pela Política Nacional de Humanização. Email: patrinutri@gmail.com

COLABORADORES

ANA MARIA MARTINS CRUZ – Enfermeira (UCS/RS), Naturóloga (UNISUL/SC), Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Membro do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina. Atualmente na Divisão de Humanização da Diretoria de Educação Permanente em Saúde. Email: anacruz@saude.sc.gov.br

GISELDA ADAMES BRKANITCH – Enfermeira, – Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Membro do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina. Atualmente no Instituto de Cardiologia de SC. Email: gisabrck@gmail.com

LUCILÉIA PEREIRA - Psicóloga Clínica e Mestre em Serviço Social pela PUC-Rio. Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Membro do Colegiado Gestor de Humanização em Santa Catarina. Coordenou entre 2011-2012 ações da PNH no Hospital Doutor Waldomiro Colautti (HDWC), unidade hospitalar da SES. Atualmente é coordenadora do Serviço de Ouvidoria da unidade. Email: lucileiapereira@gmail.com

RADILSON CARLOS GOMES - Fotógrafo de Saúde Pública - Ministério da Saúde, Graduado em Administração Hospitalar, Licenciado em História, Especialista em Gestão Estratégica de Saúde Pública - Ensp Fiocruz. Especialista em Comunicação e Saúde - ICICT – Fiocruz.
radilsoncarlos@gmail.com

2 RESUMOS DOS TRABALHOS

A seguir serão apresentados os resumos dos trabalhos apresentados na I Mostra, de acordo com os materiais postados pelos próprios autores na rede humanizaus.net. Vale lembrar que a apresentação dos temas não atendeu perspectiva acadêmica. Como sugestão: local onde ocorre/ocorreu à experiência; quem participa ou participou; qual (is) foram os métodos utilizados para a construção e manutenção da experiência; quais os principais objetivos; quais os resultados alcançados; quais os passos almejados.

O DESENVOLVIMENTO DO GRUPO DE TRABALHO HUMANIZAÇÃO (GTH) NO MUNICÍPIO DE TIMBÓ

GRASSI, Ana Lucia; SCHAEFER, Sandra Nunes.
Timbó/SC.

O estudo apresenta a experiência realizada no município de Timbó - SC, na temática da humanização na saúde; seus objetivos principais foram o de elevar a autoestima e a motivação de funcionários da instituição, desencadear o entrosamento das equipes de profissionais e funcionários e despertar as equipes para uma nova postura em relação aos usuários. Como desafio para o SUS em alcançar suas diretrizes: integralidade, equidade e universalidade, a Política Nacional de Humanização propõe fortalecer o compromisso em garantir a qualidade nas ações e serviços da saúde pública. A Secretaria Municipal de Saúde do município de Timbó criou em 2005 o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com a proposta de oferecer um tratamento de saúde digno e eficiente à população de Timbó, estabelecendo novas relações entre os trabalhadores, gestores e usuários, objetivando difundir os princípios norteadores da PNH, compostos por gestores e trabalhadores de saúde para fortalecer e articular as iniciativas humanizadas existentes, melhorando a comunicação e a integração do serviço. O GTH do município realizava encontros mensais e que se discutia a ambiência, o acolhimento, a comunicação, o trabalho em equipe, as diretrizes da PNH e o funcionamento e desenvolvimento destas nos serviços de saúde. No intuito de criar e fortalecer habilidades, o GTH promoveu Encontros e Capacitações, para a formação dos trabalhadores de saúde. De acordo com as necessidades do sistema, buscou-se aprimorar a capacidade de análise coletiva dos trabalhadores de saúde, para promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde. Compreendia-se a importância de fomentar e aperfeiçoar as relações interpessoais na área da saúde sob a perspectiva de que é na relação com o outro que o homem se humaniza. O trabalho procurou valorizar a participação dos envolvidos por meio das atividades interativas, relato de experiência e repasse das informações sobre o GTH. Os resultados obtidos foram: a Formação do Grupo de Trabalho em Humanização; a realização de oficinas com a participação de servidores, abordando conteúdos e temas relacionados à PNH.

INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA QUALIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS DE REUNIÃO DE EQUIPE

GRASSI, Ana Lucia e Sandra
Timbó/SC

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como principal elemento a Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família (ESF), para atender esta proposta, a gestão da Atenção Primária do município de Timbó, lança mão de táticas de integração ensino-serviço que qualifiquem os trabalhadores da saúde para a lógica da Estratégia Saúde da Família. Na atenção básica do município de Timbó, foi elaborado o projeto de educação permanente baseado em três documentos: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e Política Nacional de Humanização (PNH). Estas políticas estão focadas na revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família; dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e propõe ação estratégica que contribui para transformar e qualificar as práticas de saúde. As diretrizes da EPS no município de Timbó não estavam incorporadas no processo de trabalho das equipes, que já contemplavam os espaços de reunião de equipe com carga horária adequada. As ações de educação permanente em Saúde ainda eram incipientes pela falta de apoio, até mesmo de conhecimento e de participação dos profissionais e gestão. O clima organizacional encontrava-se desfavorável para o desempenho das atribuições das equipes de saúde decorrentes dos conflitos na estrutura organizacional, dos conflitos interpessoais e interprofissionais, das relações de poder e disparidades na valorização profissional e da cultura individualista. As ações incentivadas pela PNH no município de Timbó têm a intenção de ser um processo de construção participativa, entendendo que o ambiente de trabalho deva promover relações humanizadas tanto focadas ao usuário como também aos seus trabalhadores. Inicialmente a caminhada para construção deste espaço mostrava-se timidamente em ações isoladas no Grupo de Trabalho em Humanização (GTH). Este grupo reunia-se uma vez ao mês, para discutir os dispositivos e as propostas da PNH, com o objetivo de aprofundar seus conhecimentos nas diretrizes e propor dinâmicas. Os participantes do GTH tinham a incumbência de multiplicar estes conteúdos nas reuniões das equipes a que pertenciam, mas não havia garantias de que as equipes abrissem estes espaços nas pautas, havia certo desconforto no grupo, pois estes representantes encontravam resistência para replicar os conteúdos propostos. Reavaliando esta problemática e para qualificar os espaços de reunião de equipe, de forma a atender as necessidades dos profissionais e as demandas dos usuários de forma adequada, foi elaborado um projeto, visando ampliar o conhecimento e o envolvimento de todos os servidores na PNH. O projeto de Educação Permanente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família propôs que a metodologia ativa sugerida pelo HumanizaSUS estaria contemplada transversalmente aos temas, desta forma adotou-se práticas inovadoras que contemplassem o objetivo principal de sensibilizar os trabalhadores para Humanização da atenção à saúde, efetivando e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A gestão municipal garantiu os espaços de reunião de equipe individual e coletiva em um organograma esquematizado para todo o ano. Essas reuniões em grupo aconteceram em duas quartas-feiras por mês, ambas em períodos (matutino e vespertino), distribuindo-se três equipes por período, contemplando assim as 12 Equipes de Saúde da Família no mês. Cada Equipe participaria de 10 encontros com duração de quatro horas cada. Salienta-se que o rodízio de equipes foi adotado para garantir a oportunidade de troca de experiências. Em vista de atender a estas demandas, a coordenação da Atenção Básica em conjunto com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), apontaram os principais objetivos: elaborar cronograma, realizar encontros/oficinas, efetivar a participação de todos os servidores integrados as diretrizes do

HumanizaSUS, alterar metodologia valorizando os temas pertinentes aos processos de trabalho, mapear os trabalhos levantando os resultados significativos a fim de efetivar e socializar entre as equipes, utilizar metodologias ativas e estratégias pedagógicas (práticas e dinâmicas), criar rodas de discussão possibilitando a resolução de problemas e utilizar as ferramentas da PNH: acolhimento clínica ampliada, projeto terapêutico singular, entre outros. No ano de 2012 cumpriu-se a primeira etapa deste projeto e que, com realização grande parte dos objetivos apontados. Houve uma melhor integração entre equipes e a parte organizacional das reuniões de equipe foi exitosa, tanto na visão da gestão como dos servidores e usuários. Os temas apontados inicialmente foram intercalados com as demandas que surgiram das equipes durante o ano. Dos oito encontros efetivados três deles apontaram o acolhimento como tema chave da discussão e os demais temas estiveram fortemente ligados às diretrizes da PNH. Há ainda, um longo caminho a percorrer e muitos desafios para o próximo ano, entre eles, encontrar formas de trabalhar a resistência em relação às metodologias ativas para desenvolver atividades de educação em saúde.

ACOLHIMENTO PELA CAMINHADA DO COMITÊ REGIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ

ZANCANARO, Maristela D. S.
Blumenau/SC.

A caminhada do Comitê Regional de Humanização do Médio Vale do Itajaí é constante, cheia de desafios e conquistas. Ao longo de seis anos temos muitas histórias para lembrar e contar, que os aprendizados foram muitos. De todas as diretrizes do HumanizaSUS o acolhimento é a nossa maior guia, aquela que direciona a ampliação do olhar e da compreensão. Assim, é vivenciar o acolhimento entre as/os participantes do nosso Comitê, sendo a atitude de considerar, respeitar e valorizar a todas e todos que compõe o coletivo. No início a nossa meta era ACOLHER a PNH com seus princípios, diretrizes, dispositivos e expectativas. Não foi muito fácil, mas a vontade de ver e ir além do que estava posto no cotidiano do SUS que já não satisfazia. Diante da vontade e possibilidade de fazer a diferença lançamos mão de muitas estratégias para orquestrar encontros para sensibilizar e mobilizar profissionais da saúde, gestores e usuários na aposta de fortalecimento do SUS em seus princípios e demandas na valorização da vida. Na trajetória do coletivo já estivemos juntos na organização e desenvolvimento de um Seminário Regional de Humanização em 2006, reuniões descentralizadas pelos municípios da região do Médio Vale do Itajaí e entidades que compõem o Comitê de 2006 até os dias atuais, duas turmas da oficina de Introdução da PNH no Médio Vale do Itajaí em 2010 e 2011, participação efetiva na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e no coletivo de Saúde Mental. As ações são muitas e sempre pautadas na possibilidade de “encontrar o outro” em suas necessidades, expectativas, curiosidades e inquietações sobre o jeito de fazer e produzir saúde no nosso dia a dia na atenção e ou na gestão. O acolhimento que exercitamos está cada vez mais pautado em alianças, na identificação e aproximação de afetos com a intensidade de gerar relações de respeito e consideração. É desse jeito que estamos prosseguindo no desafio de reinventar os encontros para dentro e fora do Comitê, apostando sempre no potencial individual e de unidade que retroalimenta o nosso coletivo, assim é que vivemos o HumanizaSUS.

CENTRO DE SAÚDE DO IDOSO - ACOLHIMENTO ESTRUTURANDO A REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO DE BLUMENAU

KATO, Mario Henrique.
Blumenau/SC.

O Centro de Saúde do Idoso (CSI) tem como missão, acolher o idoso e sua família de forma integral e qualificada. Promover saúde, prevenir doenças e potencializar as funcionalidades por meio de ações interdisciplinares visando melhorar a qualidade de vida do idoso. O CSI utiliza como processos de trabalho as estratégias de matriciamento, reabilitação e regulação, em que considera cada um, como processos viabilizadores do trabalho de maneira eficiente e eficaz. Matriciamento: propicia a integralidade das ações junto as Unidades de Saúde. Reabilitação: promove ações voltadas para o paciente e seus familiares de forma interdisciplinar. Regulação: orienta e monitora os fluxos assistenciais. O Matriciamento é um arranjo de gestão que possibilita um apoio técnico às unidades e aos profissionais de saúde. Busca garantir a estas equipes maior suporte quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo assim, a integralidade da atenção em todo sistema de saúde. A Reabilitação tem como princípio a atuação multiprofissional e interdisciplinar nas áreas da medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, assistência social, odontologia e educação física é promovida a partir do planejamento de intervenções conforme as necessidades diagnosticadas. Sendo garantido esse princípio e a qualidade das ações ao formularmos em conjunto o Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS contém quatro momentos: a) Diagnóstico: deverá conter uma avaliação clínica, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o paciente se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como: o trabalho, a cultura, a família e a rede social; b) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o paciente, pelo profissional de referência do mesmo; c) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um dos profissionais com clareza; d) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. O Centro de Saúde do idoso busca na utilização de múltiplas ferramentas de gestão e administrativas para viabilizar a organização da Rede de Atenção Integral a Saúde do Idoso e minimizar as potenciais falhas dessa rede. Ao planejar a estruturação dessa rede de atenção entendemos que a Unidade Básica de Saúde deve ser a ordenadora e ponto central da assistência, porém nesse momento inicial o CSI assume um papel de disseminador e organizador dessa política.

RODA DE CONVERSA COM MULHERES - SEXUALIDADE E RESPONSABILIDADES

STORTTI, Alexandra Guidarini; OLIVEIRA, Anay Stela de; VALCANAIA, Fernanda
Benedito Novo/SC

Os espaços da Atenção Básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e ser afetados na prática clínica, individual e coletiva. Essas afetações produzidas nas conversações entre pessoas facilitam a criação de vínculo. Para tanto os

projetos de saúde voltados ao público feminino, levando em conta as necessidades/demandas de saúde foi a roda de conversa - sexualidade e responsabilidade - comportou ações assentadas na avaliação das condições biopsicossociais destas mulheres. Assim, os profissionais de saúde da Unidade de Saúde do Centro de Benedito Novo realizaram várias ações em 2012 para a prevenção da saúde coletiva e em especial da mulher. Dentre elas foram realizados dois eventos um em março em comemoração ao dia da mulher e um em outubro por causa do outubro rosa. Paralelamente, a roda de conversa, foram realizadas ações como: coleta de exames preventivos (papanicolau) exame clínico das mamas, consulta ginecológica de enfermagem, orientações médicas, serviço gratuito de manicure, distribuição de folders educativos abordando DST e AIDS dentre outras. Nas rodas de conversa circulava orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, esclarecimento de dúvidas, integração, trocas de experiências, além de explanação de dificuldades, fantasias e sensações. Considerando que a mulher é uma excelente multiplicadora dos conhecimentos obtidos para prevenção da saúde, tivemos um retorno positivo desses eventos.

REESTRUTURAÇÃO DE OUVIDORIA DENTRO DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA

BRINKMANN, Karime Paola Chraim; BRKANITCH, Giselda Adames
São José/SC

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (IC/SC) é uma unidade hospitalar, especializada no tratamento cardíaco e vascular possuindo 108 leitos, funcionando dentro do Hospital Regional de São José. É referência em alta complexidade de procedimentos cardíacos e vasculares, contando com uma unidade coronária que possui 10 leitos, um centro cirúrgico e uma emergência composta por 25 leitos. Possui ainda, ambulatório, hemodinâmica, medicina nuclear e serviços de apoio, tais como farmácia, almoxarifado, contas médicas, custos e estatísticas, manutenção e patrimônio, RH, Núcleo de Educação permanente em Saúde, CCIH, saúde e trabalho, nutrição, fisioterapia, serviço social, reabilitação cardíaca, engenharia biomédica e ouvidoria. A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta, o acolhimento, a escuta qualificada e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo e produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Assim, destaca-se, neste trabalho, a escuta qualificada, do usuário SUS dentro do Instituto de Cardiologia, como ferramenta de gestão para institucionalizar um trabalho de transformação que possibilite o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes na assistência de saúde. O objetivo principal da implementação e, atualmente reestruturação da ouvidoria dentro do Instituto de Cardiologia, é desenvolver assistência mais humanizada, acolhedora e participativa ao usuário, com escuta afinada, de modo a possibilitar o alcance do ideário de saúde pública, com garantia de atenção de qualidade e de efetividade de uma verdadeira gestão mais social. Em setembro de 2012, nasceu no Instituto de Cardiologia à necessidade de reorganizar e reestruturar sua ouvidoria interna, a qual ainda recebia a nomenclatura de SAC (Serviço de Atendimento ao cidadão). Diante disto, foi pensado na acessibilidade do usuário, qualificação dos trabalhadores para operacionalização do sistema nacional “Ouvidor SUS”. Assim, passou-se a usar a nomenclatura: “ouvidoria”, e a realizar um trabalho de sensibilização da importância deste instrumento entre os próprios trabalhadores da unidade hospitalar. Criando-se,

portanto, o alinhamento dos procedimentos de escuta qualificada preconizada pela PNH, com foco na gestão participativa do usuário SUS. Por fim, pode-se dizer que a escuta qualificada praticada a partir do acolhimento do usuário SUS, é ferramenta poderosa e efetiva. Desta forma, o IC/SC está pondo em prática, por meio de sua ouvidoria a escuta qualificada com resposta ao gestor, usuário e trabalhador. REFLEXÃO: “Enquanto qualquer pessoa, na qualidade de cidadão, não puder receber adequada assistência e saúde quando dela necessitar, o SUS não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará em débito com a sociedade” (CARVALHO E SANTOS, 2001).

ACOMPANHANTE PARTICIPATIVO NO HOSPITAL MARIETA KONDER BORNHAUSEN

Grupo Trabalho de Humanização
Itajaí/SC

Ciente que grande parte dos pacientes apresenta algum grau de dependência e que seus familiares, na maioria dos casos, se revezam para apoiar e acompanhar durante o período de permanência do paciente na unidade hospitalar, o GTH (Grupo de Trabalho de Humanização) planejou o Projeto Acompanhante Participativo. A finalidade deste trabalho é de prestar informações aos usuários do serviço hospitalar, cuidando de sua estada e facilitando o relacionamento com os profissionais. Permitindo assim, a potencialização das ações na busca da qualidade dos serviços de atenção a saúde, cujos objetivos são: disseminar informações, contribuindo para diminuir a ansiedade e preocupação durante internação e alta hospitalar; orientar o acompanhante a respeito das normas e rotinas hospitalares durante sua permanência; Facilitar a adaptação do cuidador ao retorno do paciente ao domicílio e ao convívio social e escutar o cuidador com relação as suas preocupações e expectativas. O trabalho se desenvolve por meio de reuniões mensais ou quinzenais (de acordo com o GTH) no auditório do INCOR. A divulgação é realizada pelo próprio grupo nas clínicas de internação e andares. As reuniões são coordenadas pelo profissional de acordo com os assuntos pactuados em espaços onde os usuários participam com temas a serem debatidos, por meio de sugestões. A proposta foi iniciada dia 19/09/2012 pelo GTH do Hospital Marieta Konder Bornhausen

ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO: UTILIZANDO A ESCUTA QUALIFICADA E (RE) ORGANIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO

STORTTI, Alexandra Guidarini; LEMOS, Juzeli Angela da Cunha; VALCANAIA, Fernanda
Benedito Novo/SC

A Estrutura da Saúde da Família – Centro do município de Benedito Novo apresentava problemas como reclamações por parte dos usuários quanto ao atendimento, filas de espera de mais de um mês para consultas, dificuldade de acesso aos serviços, desmotivação e despreparo por parte dos profissionais para realizar escuta qualificada. Como tentativa de melhorar o panorama foram realizadas: reuniões com educação em saúde em que se abordou o acolhimento à demanda espontânea por meio da escuta qualificada; humanização do atendimento; roda de conversa com os profissionais com debate a respeito da importância do trabalho em equipe e reorganização do

processo de trabalho. Como resultado: não há mais filas na madrugada em frente à unidade; atendimento prioritário aos casos agudos e vulneráveis; organização da agenda médica com espaço para consultas de encaixe; consultas agendadas com menor período de espera; equipe motivada e melhor preparada para realizar acolhimento e escuta qualificada. Tais ações fizeram surgir relatos de contentamento por parte da população, o que fortaleceu o vínculo e aumentou o grau de satisfação dos usuários e da equipe. As mudanças realizadas até o momento foram bem aceitas pela população e pela equipe, e está reconhecido o processo de humanização na qual aumentou a possibilidade de detecção das reais necessidades dos usuários e da adesão destes às propostas de ampliação e acesso.

DISPOSITIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: VISITA ABERTA/AMPLIADA E DIREITO À ACOMPANHANTE

Equipe Multiprofissional da Maternidade Darcy Vargas
Joinville/SC

“Um olhar humanizado no acolhimento e acompanhamento às Famílias e aos Recém-Nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, conforme normas do Ministério da Saúde para o Método Canguru.” Local onde ocorre/ocorreu à experiência: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Darcy Vargas – Joinville/SC Quem participa ou participou? A equipe multiprofissional que atua na Instituição. Qual (is) foram os métodos utilizados para a construção e manutenção da experiência? A Metodologia Canguru, do Ministério da Saúde que teve início em 2000 com a capacitação da primeira equipe de profissionais. Objetivos: Envolver família no cuidado ao RN; Educação Permanente por meio de cursos tutoriais organizados conforme metodologia do Ministério da Saúde para o Método Canguru; Envolver os pais e familiares nos cuidados do RN; Oportunizar o acesso entre a equipe e a família que auxilie na construção do Projeto Terapêutico Singular. Quais os resultados alcançados? Sensibilização e comprometimento da equipe multiprofissional; maior atenção à mãe, ao recém-nascido e família; amamentação; vínculo, apego, afetividade da família e do recém nascido; ambiência.

Quais os próximos passos? Manter o cuidado humanizado; manter os grupos de capacitação; ampliação e adequação da unidade; melhorar/adequar a acessibilidade dos pais e familiares na unidade.

CONTEXTO LOCAL PARA HUMANIZAÇÃO NO SUS: A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS NO MUNICÍPIO DE URUSSANGA.

SARTOR, Elisiane de Bona.
Urussanga/SC - Secretaria Municipal de Saúde

Saúde, doença, e cuidados relacionados aos aspectos da saúde são articulados na sociedade como sistemas culturais, ou seja, são idéias cujo significado encontra-se em constante transformação, sendo negociado social e culturalmente. Compreende-se que a cura, desse modo, precisa ser compreendida em diferentes níveis analíticos: fisiológicos, psicológicos, sociais, e culturais. As plantas medicinais enquanto sistema terapêutico tem seu uso relatado desde tempos remotos, pelos

mais diversos povos, tendo papel importante no cuidado da saúde. No município de Urussanga, todas as classes socioeconômicas usam plantas medicinais devido às heranças culturais tipicamente européias (descendentes de origem italiana, principalmente), ao baixo custo, e pela sua pressuposta eficácia. O Programa Municipal “Uso Racional de Plantas Medicinais” (URPM) compreende a fase I do Programa de Implantação da Fitoterapia na rede de Atenção Básica à Saúde, cujo objetivo final é disponibilizar medicamentos fitoterápicos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). O Programa produz serviço a partir da experiência com a comunidade, promovendo na Atenção Básica a transdisciplinaridade entre conhecimento científico e conhecimento popular, promovendo a geração de saberes, oportunidades e resultados. Por meio dessa tecnologia do conhecimento e da vivência do trabalho de campo foi percebido o vazio existente entre Sistema Único de Saúde (SUS) e Usuário: comunicação. Não existindo a comunicação, não temos entendimento, e não teremos a humanização do serviço. A informação em saúde necessita ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Esta personalização significa adaptação ao seu nível cultural e estilo cognitivo, ou seja, Saúde Humanizada realizada no contexto local. Assim, além do conhecimento técnico das plantas medicinais, percebemos e utilizamos o viés antropológico da memória afetiva da população, criando um espaço único de aproximação, onde o usuário faz parte do processo de Saúde, não somente como usuário/observador e sim como usuário/protagonista do conceito Saúde, impregnado de humanização. A planta medicinal sai do campo técnico para entrar no campo antropológico, sendo uma ferramenta de inclusão social no nosso contexto local de saúde, gerando desdobramentos e demandas inesperadas, como por exemplo, oficinas de “Direitos e Deveres do Usuário do SUS”, “Saúde para Todos”, “Como o SUS funciona?”, “Saúde na Educação”, entre outros. Assim, a sensibilização da população e profissionais da Atenção Básica em Saúde para a humanização por meio do Programa Uso Racional de Plantas Medicinais, ocorre para: (1) Implantação da Fitoterapia como opção terapêutica no SUS, considerando a valorização do contexto local no que se refere à utilização popular da fitoterapia, aliada ao conhecimento científico do Uso Racional de Plantas Medicinais; (2) Utilização do Programa Uso Racional de Plantas Medicinais como ferramenta social de aproximação com a população, gerando valorização e empoderamento do usuário SUS para a melhor utilização do serviço; (3) Transversalidade da ação, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), *transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.*

REABILITAR E INTEGRAR, NÚCLEO DE ESTUDOS DA GINÁSTICA E FORMAÇÃO DE NOVOS GINASTAS NA UDESC EM FLORIANÓPOLIS

Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID
Florianópolis - SC

Os programas e projetos de extensão do CEFID/UDESC oferecem: atendimento gratuito de saúde (nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação), prática de esportes e atividade física para a comunidade em várias modalidades por meio de uma equipe transdisciplinar (Educação Física e Fisioterapia). O programa de extensão Reabilitar e Integrar oferece gratuitamente atividades de

reabilitação para mulheres com diagnóstico de incontinência urinária e disfunção sexual e para pessoas que tiveram amputação de membros inferiores. As atividades são desenvolvidas na Maternidade Carmela Dutra (hospital público estadual em Florianópolis) e no Laboratório de Biomecânica do Cefid/Udesc. O Núcleo de Estudos da Ginástica oferece gratuitamente aulas de iniciação e aperfeiçoamento em ginástica rítmica a crianças e adolescentes da comunidade externa, além de manter um programa de ginástica laboral destinado aos servidores da UDESC. Os projetos do núcleo ajudam a revelar novos talentos do esporte e a formar atletas, em parceria o Instituto Estadual de Educação (IEE) e a Fundação Municipal de Esportes de Florianópolis (FME). O projeto Formação de Novos Ginastas oferece treinamento gratuito em ginástica artística (olímpica) para crianças, com o objetivo de formar atletas para competições. As aulas são realizadas no Ginásio 1 do CEFID. O projeto forma equipes para participação em eventos como as Olimpíadas Escolares de Santa Catarina (Olesc) e Jogos Abertos. Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID /Ambulatório de Fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra/Laboratório de Biomecânica/Formação de Novos Ginastas/Núcleo de Estudos da Ginástica.

GRUPO DE APOIO A PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LOPES, Doria Rafaela
Brusque /SC

Sendo a obesidade um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e compreendida como um agravo de caráter multifatorial, verificou-se a importância de criar um grupo de apoio a pessoas com sobrepeso e obesidade utilizando a atenção básica como um espaço privilegiado a fim de realizar essas ações de educação em saúde. OBJETIVOS: Auxiliar os indivíduos com sobrepeso e obesidade reduzir sua massa corporal gradativamente, prevenir ou controlar as comorbidades, promover a autonomia de escolha, o senso crítico e a corresponsabilização por meio de orientação nutricional, incentivo aos hábitos de vida saudáveis, troca de saberes e apoio psicológico visando a promoção da saúde. METODOLOGIA: Os pacientes são encaminhados pelo profissional médico da ESF ou de especialistas para avaliação e acompanhamento nutricional, após a primeira consulta com a nutricionista os interessados são inscritos no grupo de apoio. Inicialmente os participantes são acolhidos pelo Agente Comunitário de Saúde responsável pelo grupo, em um segundo momento verifica-se os dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) pelo técnico de enfermagem. Neste encontro são abordadas várias temáticas ligadas ao assunto obesidade geralmente levantadas pelas próprias participantes como, por exemplo: dietas da moda, mitos, medicamentos, gastroplastia, hábitos culturais, dificuldades em aderir a dietas, ansiedade, depressão, além de ser um espaço para compartilhar experiências. Cabe ao profissional nutricionista a coordenação do grupo esclarecendo dúvidas, sugerindo alimentos e preparações saudáveis e nutritivas, valorizando resultados alcançados, ressaltando a importância de cada quilograma reduzido da massa corporal para a saúde e estimulando hábitos de vida saudáveis. Todos os participantes são convidados a participar também do grupo de atividade física, desde que não tenham restrições médicas. Os encontros tem a duração aproximada de 90 minutos e são realizados quinzenalmente no auditório das Unidades Básicas de Saúde(UBS). O Grupo é formado por participantes do sexo feminino com idade média de 50 anos

moradoras da área de abrangência da ESF e conta com o apoio da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) .RESULTADOS ALCANÇADOS: Observou-se perda de peso gradativa, redução da circunferência abdominal, por meio de relatos das participantes verificou-se melhora no sono e na função intestinal, aumento do consumo de frutas e verduras, redução do consumo de sódio e gorduras, mudança de hábitos no cotidiano, melhora nos exames laboratoriais, controle da pressão arterial, melhora do autocuidado e autoestima. Por interagir e influenciarem-se mutuamente houve uma melhor adesão dos pacientes ao processo de emagrecimento, bem como promoveu o convívio social e o vínculo usuário – UBS.

GRUPO TERAPÊUTICO DORSALGIA BRUSQUE

DEBRASSI, Marcelo
Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brusque/SC

A dor nas costas é uma das doenças mais frequentes na população mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 80% da população mundial terão, ao menos, um episódio de dor nas costas durante a vida. No Brasil é considerada a doença crônica mais comum, atingindo cerca de 36% da população, segundo dados da Escola Nacional de Saúde Pública. Objetivo: Orientar, prevenir, de maneira teórico/prática, a população buscando diminuir os índices de acometimentos patológicos da coluna, neste intuito foi criado o grupo terapêutico de dorsalgias nas ESF de Brusque. Metodologia: Pacientes com diagnóstico de lombalgia, lombociatalgia, cervicálgia, fibromialgia são encaminhados pelo médico da família para o grupo terapêutico que acontece semanalmente dentro do auditório de seis UBS do município. Grupo teórico prático em que a parte teórica acontece por meio de material explicativo, ilustrativo numa roda de conversa onde se orienta, discute e troca-se idéias sobre os fatores de risco, ergonomia, postura, sintomas e tratamento. Na prática são desenvolvidas atividades físicas terapêuticas baseadas nas técnicas de Pilates solo que objetivam alongamento, fortalecimento muscular, reeducação postural e também alívio dos sintomas, pois os músculos fortalecidos auxiliam na flexibilidade e controle postural. São utilizados materiais como: tatames de EVA, bolas terapêuticas, faixas para alongamento. As atividades são orientadas pelo fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com o apoio de duas Agentes Comunitárias de Saúde da ESF. Resultados: Diminuição nas filas de espera por médico especialista, impactando na busca pelo “saber conviver” com o problema trazendo melhorar a funcionalidade das atividades da vida diária, corresponsabilizando o paciente pelo tratamento. Diminuição das filas de espera pelo tratamento de Fisioterapia. Orientação e prevenção do agravamento do quadro patológico. Ganho expressivo na qualidade de vida dos pacientes.

APOIADORES PARA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR - HRSP XANXERÊ SC

MARQUESI , Dinéia.
Xanxerê/SC

O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Regional São Paulo, em parceria com a 5ª Gerência Regional de Saúde de Xanxerê, viu a necessidade de desenvolver um curso de apoiadores para a Humanização da gestão e Atenção no hospital, tendo em vista que a Política Nacional de

Humanização preconiza que a formação e produção de conhecimentos em saúde estão necessariamente ligadas aos processos de intervenção nas práticas realizadas diariamente, o que reforça os dizeres: APRENDER FAZENDO. Deste modo, o Hospital Regional São Paulo – ASSEC, visando à promoção de saúde por meio do atendimento qualificado e o bem-estar da população desenvolveu o curso de apoiadores para humanização hospitalar, sendo que a problemática a ser enfrentada é o envolvimento e a participação dos colaboradores nas atividades desenvolvidas durante o curso. O público alvo: trabalhadores da saúde com atuação direta em serviços de saúde no Hospital Regional São Paulo, prioritariamente aqueles já inseridos em ações de implementação da Humanização no ambiente de trabalho. É na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH que se insere o Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à saúde, no sentido de humanizar cada vez mais o atendimento prestado, o que vem de encontro à missão do Hospital Regional São Paulo, que é estar a Serviço da Vida. O objetivo geral do curso é formar 50 apoiadores institucionais capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e de intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência a PNH. A metodologia utilizada está compreendida em formação teórica, plano de intervenção (prática), dispersão – concentração – reflexão, acompanhamento avaliativo. O grande grupo é denominado de Grupo gestor de Apoiadores, e os grupos de dispersão (pequenos grupos) são denominados Grupo de trabalho de apoiadores.

ACOLHIMENTO HUMANIZADO DA GESTANTE COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO JOINVILLE

COLON, Jociane Francis Baptista
Joinville/SC

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma das complicações mais importantes que ocorrem em gestantes consideradas de alto risco, pois tem a incidência de 7,5%, tornando-se assim uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna; é caracterizada pelo aumento da pressão arterial após a vigésima semana de gestação, em gestantes anteriormente normotensas. Essa gestante necessita de cuidados especiais, um pré-natal diferenciado para ajudar a fortalecer suas potencialidades, auxiliar a minimizar seus medos e angústias, facilitando a superação de suas dificuldades e inquietudes, para que possa participar ativamente deste processo, uma gestação de alto risco. Este artigo foi redigido a partir de uma revisão bibliográfica e tem como principal objetivo relatar a importância do atendimento humanizado na gestante portadora de DHEG. De acordo com o Ministério da Saúde o acolhimento é um dos aspectos essenciais da Política de Humanização e implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Portanto, essa é uma ação que implica mudança na relação profissional e gestante. O acolhimento não é um espaço ou um local, nem constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde, com postura ética e solidária.

A GINÁSTICA LABORAL COMO PREVENÇÃO DAS DORT EM TRABALHADORES DA SAÚDE EM BRUSQUE

MÄDER, Rafael Gustavo
NASF – Brusque/SC

Os trabalhadores da saúde estão entre as categorias de profissionais que se encontram sob pressão constante. Esse stress natural da profissão, associado a uma má postura e inadequação de postos de trabalho, formam uma atmosfera propícia ao surgimento de doenças osteo musculares relacionadas ao trabalho. Sabendo desse fator, a ginástica laboral, para os trabalhadores da saúde, se transforma em poderosa ferramenta preventiva dessa situação. O hábito de se realizar pausas durante o expediente, para a realização de exercícios preventivos, é pouco difundido nos trabalhadores da saúde, sendo visto esse período como pouco produtivo. O grande desafio é romper esse dogma. 1. Objetivos: Prevenir a incidência de doenças osteo musculares; Orientar a melhor postura de acordo com o posto de trabalho; Sensibilizar a equipe sobre os auto cuidados posturais; Melhorar a qualidade de vida do trabalhador da saúde; Fortalecer as relações de trabalho 2. Metodologia e materiais: Esse trabalho consiste em compilações de outros trabalhos já existentes em outras empresas de cunho privado e público e de setores diversificados, como por exemplo indústria e comércio; A equipe funciona com um fisioterapeuta e duas ACS (Agente Comunitário de saúde); O trabalho consiste em utilização dos multiplicadores, que são figuradas pelas ACS. As estratégias são voltadas para as identificações de problemas osteo musculares e ergonômicos e suas possíveis prevenções e adaptações O material utilizado é de baixo custo e alta durabilidade: Bolinhas de massagem, tatames de EVA, cordas, bastões. A frequência de atividades é de um vez por semana, realizadas em duas UBS (unidade Básica de Saúde): Bateas e Steffen no período matutino, com duração de 10 a 15 minutos. Processo de desenvolvimento e resultados: A ginástica laboral vem de encontro às diretrizes da Política Nacional de Humanização, democratizando as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando o processo de educação permanente. Por esse motivo, a ginástica laboral, foi introduzida nas UBS, após a observação das queixas de dores relacionadas às atividades exercidas pelos trabalhadores da saúde. Após uma breve análise de postos de trabalho, observou-se gradiente entre o mobiliário e o trabalhador observação essa que veio de encontro as queixas dolorosas dos trabalhadores. As atividades incluem séries de alongamentos para as musculaturas mais solicitadas, e séries de fortalecimentos para as musculaturas mais fracas. Uma atividade lúdica também é inserida na prática, como por exemplo, danças, lutas, massagens. A aceitação do grupo é total, com relatos positivos que incluem melhora das dores, sensação de bem-estar, desejo de aumentar a frequência das práticas, e do tempo de duração.

UMA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO NO PRÉ-OPERATÓRIO EM LAGES

OLIVEIRA, Jefferson M. A.
Lages/SC

Esta prática assistencial foi desenvolvida no 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense, tendo como cenário a Ala Cirúrgica de um Hospital da Serra Catarinense. O projeto emergiu a partir da vivência decorrida das práticas assistenciais envolvendo pacientes cirúrgicos e seus familiares, no âmbito hospitalar, onde observamos a

deficiência de informações que são fornecidas a estes, quanto aos procedimentos e rotinas pelo qual serão submetidos, assim gerando angústias, dúvidas, inseguranças, podendo trazer complicações para sua recuperação. Justifica-se a escolha deste tema pela necessidade de uma renovação da assistência de enfermagem humanizada no pré-operatório, sendo de fundamental importância para a saúde dos pacientes, visando assim uma recuperação mais tranquila e rápida, bem como diminuição do tempo de internamento. O objetivo foi desenvolver uma prática assistencial com a equipe de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital público, para implementação da assistência humanizada aos pacientes no período pré-operatório. Trabalhou-se com a equipe de enfermagem as interações entre eles, pacientes e seus familiares, como foco a humanização e o acolhimento. Como objetivos específicos: conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre cuidado humanizado, refletir o valor do cuidado humanizado, elaborar um plano de cuidados juntamente com toda equipe de enfermagem do setor e incentivar a implantação do mesmo. A prática teve como colaboradores 10 (dez) funcionários do setor em referência. A metodologia utilizada foi baseada na Teoria da Problematização (BORNENAVE, 1996), com encontros semanais e atividades junto à equipe de enfermagem. Aplicou-se as atividades em pequenos grupos, os levantamentos de problemas e possíveis pontos-chave surgiram a partir da vivência com realidade da equipe de enfermagem, todos os participantes tiveram momentos para expressar suas percepções. Cada momento com duração de 60 min., e foram programados de acordo com as etapas do arco da problematização. Com avaliação processual, ao fim de cada encontro. Os pontos-chaves levantados pelos sujeitos foram, déficit na comunicação, com falta de orientação e tempo para a interação com os pacientes. Os resultados remetem que a humanização no ambiente hospitalar é um fator primordial para o restabelecimento do Estado de saúde do paciente, ao qual possibilitou que os participantes analisassem sua realidade criticamente, buscando por meio de reflexões a melhoria da qualidade da assistência.

AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS

MORAES, Cladis Loren Kiefer; GERENT, Katia Melo Machado; CRUZ, Eva Zelnir;
PETROCELLI, Fabiano Marcelina; SILVA, Barbara Carolin.
Florianópolis/SC

O processo de Humanização reflete práticas e processos de trabalho entre usuário, equipe de saúde e gestores por meio da implementação de estratégias que promovam resultado positivo. As ações de Humanização do HF tem como proposta proporcionar o desenvolvimento de maneira integrada a saúde e a valorização do servidor. Considerando que o trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida das pessoas e que o trabalhador da saúde, é um sujeito ativo nas ações e tomada de decisões no âmbito das instituições, propomos um trabalho de integração que possa abranger as necessidades dos nossos servidores de um modo mais eficiente. Metodologia: palestras, gincanas “reciclando conceitos”, sorteio de brindes, comemoração de datas festivas, visita domiciliar pelo serviço social, café dos aniversariantes; semana do servidor, acolhimento humanizado na emergência, priorização do atendimento ao usuário, orientação nutricional aos usuários, parcerias do Serviço Social com as voluntárias, valorização da assiduidade, permanência de acompanhantes de forma integral, comemoração mensal dos aniversariantes, qualificação profissional, visita aos servidores internados pelo Serviço Social, comemoração de datas festivas, confraternização setorial de fim de ano,

confraternização institucional de fim de ano, criação da CIPA, criação da SAS. O resultado vem naturalmente a curto e longo prazo por meio de mudanças nas atitudes e comportamentos dos servidores, bem como, a adesão, colaboração e participação nos nossos eventos. Quanto aos usuários: maior satisfação pelo atendimento e diminuição da expectativa na fila de espera. As ações são avaliadas, periodicamente, por meio de formulário impresso e de relatos verbais e estes sempre apontam o grau de satisfação e a importância e valorização das mesmas. As ações buscam valorizar o potencial dos servidores do HF valorizando suas capacidades de trabalho não apenas como servidor da saúde.

TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

CAMPOS, Aline Kehl
São José/SC

O setor de Humanização do HRSJHMG foi criado em 2006, com o objetivo de implantar e estimular ações humanizadoras para melhorar o atendimento à saúde da população e para a valorização dos colaboradores no seu ambiente de trabalho. A proposta do setor é oferecer ações de humanização visando atingir todos os usuários, colaboradores e gestores da instituição, de modo a melhorar a qualidade do serviço prestado. Projetos em ação: Acolhimento às Crianças 0 a 12 anos; Biblioteca; Carrinho da Cultura; Naturopatia; Arte Mahikari; Dia da Beleza; Projeto Descobrimos Talentos; Pastoral Hospitalar: Grupo de Yôga; Mensageiro; Reiki; Participação na coordenação da Ação Cidadania (SDR). Aulas no Hospital / CEJA; Acolhimento às Crianças 0 a 12 anos: criação de um espaço onde as crianças possam visitar, brincar e se divertir com seus parentes internados. Esse trabalho é muito importante, tanto para a criança que passam a ter uma nova visão do Hospital como para os pacientes, pois há a dor da doença e a da saudade. O hospital cuida da doença e nós matamos a dor da saudade.

EDUCAÇÃO CONTINUADA COM A EQUIPE DA ESF CENTRAL COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM DO TELESSAÚDE ITAIÓPOLIS

LOPES, Ana Cecília dos Santos; LEANDRO, Antonia Cristiane
Itaiópolis/SC

Na cidade de Itaiópolis (Planalto Norte 25ª GERSA) na ESF CENTRAL (equipe 09 do Município), a Equipe atende uma população urbana e rural, tem cadastradas 860 famílias com 2.610 pessoas (SIAB,10/2012); É composta por: Médica(1), Enfermeira (1), Técnica de Enfermagem (1), Auxiliar de Enfermagem (1) e Agente Comunitário de Saúde (06), que constituem o público alvo da pesquisa de satisfação. A unidade de saúde divide espaço na Unidade Hospitalar do município. O método utilizado na primeira etapa do projeto foi: aplicação de pesquisa de Satisfação entre os membros da Equipe; Avaliação da pesquisa por meio de “roda de conversa” para discussão do resultado da pesquisa; levantamento dos nós críticos e como resolvê-los. Obteve-se como resultado desta primeira etapa: 80% das respostas foram: Ruim e 20% muito ruim. Atribuído a: descaracterização da equipe como ESF, desconhecimento ou não gerenciamento do processo de trabalho; “Muitas exigências e aumento de trabalho”; o que gerava descontentamento e insatisfação uma vez que não atingiam as metas mínimas exigidas no processo de trabalho, o que seria retratado na eminente avaliação do PMAQ e início das atividades do PSE. Soluções encontradas: Antes de

aplicar a pesquisa de satisfação aos usuários ter-se-ia que “arrumar a casa” a fim de responder a questão: Como prestar atendimento humanizado com um nível de insatisfação tão elevado entre os membros da equipe? E também: como manter um diálogo aberto durante as reuniões de equipe (a princípio inexistente) sem medo de repressões; buscando conhecimentos por meio da educação continuada usando o Telessaúde. Método utilizado: Aplicação de questionários sobre temas pertinentes ao trabalho da ESF; Avaliação desses questionários; Escolha da Web conferências do Telessaúde/SC a serem assistidas; Reaplicação dos questionários; Mesa Redonda sobre a Web conferências– “o que mudou no meu conceito sobre o assunto abordado?” Objetivos: Aliviar as angústias apresentadas pelos membros da Equipe com relação as suas atribuições junto à comunidade; Buscar conhecimentos a respeito do SUS, Estratégia de Saúde da Família, SIAB, importância do Acolhimento por todos os membros da Equipe e outros assuntos segundo cronograma estabelecido pela Equipe; Prestar um atendimento de qualidade e humanizado à comunidade; Capacitação da Equipe Técnica em Escuta Qualificada (Modelo adaptado de Mauá/SP). Com isso obteve-se os seguintes resultados: Reorganização da Equipe dentro dos moldes do MS; recadastramento das famílias com classificação por risco; atualização do SIAB com dados mais confiáveis (dados antigos: 20 casas de Taipa das 200 existentes em SC e rede de esgoto tratado); formação de grupos (grupos antigos, apenas de hipertensos e diabéticos); inclusão do NASF nos grupos e atividades diárias da USF; captação de “não usuários da ESF” por conta de possuírem planos de saúde; implantação de agenda para grupos de atendimento como gestantes, puericultura, hipertensos e diabéticos, pequenos procedimentos, retornos de consultas, visitas domiciliares semanais realizadas pela médica, reuniões semanais da equipe com educação continuada por meio da Web conferências; atendimento da demanda espontânea com qualidade no período matutino, dentre outras. Por fim, obteve-se como resultado do PMAQ: Ótimo. Os próximos passos do trabalho são: desvinculação da estrutura física da unidade hospitalar; permanência do processo de educação continuada; revisão e aprimoramento da matriz de intervenções para 2013; Aplicação da pesquisa de satisfação aos usuários; introdução da “caixinha” de sugestões/reclamações para os usuários; qualidade de atendimento; captação de adolescentes e trabalhadores em idade produtiva (dois grupos com baixa cobertura de atendimento); cumprir agendas: “datas especiais em saúde”, segundo o Ministério da Saúde; criação do conselho local; Manter a motivação da equipe!

SALA DE ESPERA: EDUCAÇÃO E DIVERSÃO EM ITAPOÁ

BUENO, Alane Cristina ; PASTUCHAKI, Daniel Henrique ; PERES, Ninon Rose da Rosa e
CEZÁRIO, Rafael Fernando .
Itapoá/SC

O presente projeto tem como objetivo geral propor a implantação de um ambiente de espera adequado que gere melhorias na qualidade de atendimento e acolhimento aos pacientes do Centro de Reabilitação de Itapoá, além de: realizar um acolhimento diferenciado; amenizar a ansiedade causada pelos tratamentos aos pacientes-clientes (diminuição da síndrome do jaleco branco); Promover entretenimento durante o período de tempo compreendido entre a chegada do paciente à unidade até o horário de seu tratamento propriamente dito; Proporcionar engrandecimento cultural

por meio de material informativo (voltada em especial à população adulta), livros de estórias e material lúdico (voltada em especial à população infantil).

Resultado: Com quase meio ano de implantação do projeto, nota-se uma significativa eficácia em relação aos objetivos traçados pela implantação de uma sala de espera diferenciada. Tornou-se fato comum a interação entre usuários, o conhecimento repassado de forma simples e direta, as brincadeiras entre as crianças e uma melhoria na qualidade do atendimento por meio de um acolhimento tão almejado e descrito nas reuniões do Humaniza SUS em referência às diretrizes do ministério da saúde.

2.1 Avaliação da Mostra

A Mostra como produção coletiva não teve objetivo de esgotar-se em si mesma, tem-se ciência do caráter parcial dessa organização, assim como do aspecto esquemático da situação que se descreve no Estado de Santa Catarina.

Nesse sentido, procuraram-se formas de avaliação com ênfase no impacto das ações de organização do evento, com a perspectiva de aproximação com a realidade e necessidade de atuação. O que confirmou a necessidade de ampliar a aplicabilidade dos dispositivos e ações propostas pelo HumanizaSUS, como também, uma revisão de conceitos revisitando as diretrizes da Política Nacional de humanização.

Como avaliação qualitativa pode-se perceber propostas, pontos positivos e negativos que visam à reorganização da II Mostra, cujos aspectos principais de avaliação denotaram necessidade de ampliação da oferta de experiências como disparadores de transformações nas formas de produzir e prestar serviços de saúde. Assim, para propiciar essas mudanças, almejam-se transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho.

Os Relatos:

Surgiram os seguintes temas para a próxima Mostra: *Rede de contatos; PNH sustentável; dividindo experiências e compartilhando soluções; descomplicando a humanização; humanização dos funcionários da rede; debates entre as universidades com a rede de serviços; atenção com todos os setores dentro de um hospital; manter parceria entre hospitais e posto de saúde; humanizações integradas que abranja RH; estratégia que contemple os funcionários do SUS; qualidade de vida; ampliar o tema “Rede na atenção básica”; o adoecimento do trabalhador na saúde; o resgate do trabalho em grupo (equipe); manter o objetivo da mostra; contra-referência e apoio matricial; importância da humanização para o trabalhador; continuar com as experiências no município; atendimento nas emergências hospitalares; sensibilização aos gestores; organização do processo de trabalho; saúde mental; acolhimento com classificação de risco; princípios do SUS articulando com a prática; saúde do homem; humanização na assistência e continuar com apresentação de trabalhos.*

Como pontos positivos surgiram:

Parabéns aos organizadores; Inovação; experiência muito produtiva; profissionais muito bem preparados; temas bastante práticos; dinâmica; acolhimento; excelente oportunidade para troca de experiências; evento democrático; bastante espaço; excelente palestra; ótima palestrante; evento muito bem idealizado; equipe muito esforçada; projetos muito bem apresentados.

Como pontos negativos:

Poucos temas nas apresentações; Não houve separação dos casos de atenção básica e hospitalar; falta de uma apresentação didática; falta de divulgação; ausência de participação de instituições da Grande Florianópolis; impossibilidade de assistir a todos os trabalhos, pois foram distribuídos em salas; poucos gestores participando e poucos médicos; pouco tempo para as apresentações.

Compreende-se a importância da participação manifestada pelos relatos que favoreceram o desenvolvimento das ações que promovam o trabalho em equipe, com responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários na busca de alternativas para um novo modo de existir com debates que levem a produção de conhecimentos.

3 ENCONTROS ITINERANTES DO COLEGIADO GESTOR: CONTANDO UM POUCO DA HISTÓRIA

Por Giselda Adames Brkanitch

Desde 2004 existiam dois coletivos envolvidos com as ações de humanização no Estado um coordenado por um componente da Superintendência Hospitalar da Secretaria de Estado da saúde, que se reuniam com os coordenadores dos Grupos de Humanização dos Hospitais (GHT) e aberto aos demais integrantes dos GHT. Com o objetivo de estimular o avanço da PNH e dar suporte aos planos de trabalho de cada Unidade e outro coordenado pela Diretoria de Educação permanente em saúde (DEPS), com o objetivo de ampliação de discussões e também de inclusão de outras esferas e que vinham aprofundando-se em alguns temas: urgência e emergência, acolhimento com classificação de risco, NR32 e saúde e trabalho. E que desde 2004 vinha numa formatação de “Comitê Estadual de Humanização”, mas que necessitava articulação do Estado como um todo, incluindo as Regionais de Saúde e buscando novos representantes.

Em 2005 foi realizada a primeira Oficina em Blumenau e montado o Comitê Regional e o GHT da GERSA, trabalho que disparou outras ações na região do Médio Vale do Itajaí. Em Blumenau ocorreu a Mostra de Saúde Mental, também estimulando a ativação dos apoiadores da PNH, que já tinham sido formados.

Em 2008 este coletivo organizado foi impulsionado quando recebeu apoio do Ministério da Saúde por meio da consultora Maria Claudia Souza Matias, em que foi percebido a necessidade de mudança de paradigma, porque os gestores ainda viam a Humanização como Programa e não como Política do Ministério. E, também fazer o elo entre o trabalho desenvolvido nas 15 Unidades próprias da SES e a Rede Básica para maior impulsão da PNH no Estado. Assim, iniciada discussão acerca de um novo rearranjo de formatação de representação de “Comitê Estadual de Humanização” (2009).

Alguns pontos importantes foram sugeridos pelo coletivo existente que se reunia uma vez por mês. O “novo” Colegiado Gestor Estadual da Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS foi pensado, delineado e realizado com proposta de portaria relacionada a representações dos vários setores do Estado coordenado, neste momento, por Helen Bunn. Os pontos mais importantes e pactuados entre todos eram que o Colegiado deveria ser representado em todas as instâncias de atenção em saúde e, que deveria estar vinculado administrativamente à Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) com intuito de mapear as ações de humanização no Estado e realizar um plano de trabalho com o objetivo de sistematizar, acompanhar e avaliar estas ações. Também, que as ações fossem divididas por grupos de trabalho, aos representantes deste Colegiado, com a finalidade de continuar avançando. Neste momento envolvendo a Escola de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina por meio do Departamento de saúde Coletiva e grupo de Pesquisa em Bioética, Ministério da Saúde por meio da participação da PNH, teve início o Curso de formação de Apoiadores com sessenta (60) participantes de Santa Catarina e quatro (4) do Paraná.

Depois de muitas ações e articulações agora já com a participação da Consultora Patrícia S. C. Silva pela PNH, Ministério da Saúde, a Portaria do Colegiado de número: 533/2011 foi aprovada

em 23/05/2011 com solicitação de que as reuniões mensais do Colegiado que ocorriam na DEPS, também fossem realizadas nas unidades de saúde, com o objetivo de articular a rede de cada região, fortalecer a PNH, sensibilizar os gestores e trabalhadores e conhecer as ações em humanização.

Então foi planejado para início de 2012 o início das reuniões itinerantes, agora com a coordenação de Ledronete Silvestre e a participação de mais um consultor da PNH MS Carlos Garcia Junior.

O I Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu na cidade de Ibirama, em 27 de março de 2012, no Hospital Doutor Waldomiro Colauti. Com a participação dos gestores, coordenadora estadual de humanização, consultora do Ministério da Saúde, representantes do GTH deste hospital, da SDR dos municípios, voluntariado do Hospital, do PSF, dos componentes do Colegiado, componentes da DEPS e demais convidados. O resultado deste Encontro foi a sensibilização dos gestores com a importância da agregação da PNH com as diretrizes de trabalho desta unidade, além da articulação com a SDR dos municípios que participaram deste Encontro.

O II Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização ocorreu no Hospital Regional de São José e Instituto de Cardiologia, que funcionam na mesma área física, em 12 de junho de 2012, em São José. Com a participação dos gestores das duas instituições, coordenadora Estadual de Humanização, representantes da SMS de São José, da SDR, consultora do Ministério da Saúde, membros do Colegiado Gestor, coordenação dos GTH das duas Unidades, componentes da DEPS e demais participantes. Foi importante pelo acolhimento e participação ativa dos gestores das duas unidades, articulação da rede e estímulo para a divulgação das ações de humanização realizadas pelas duas Unidades.

O III Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu na Maternidade Dona Catarina Kuss, em 31 de julho de 2012, na cidade de Mafra. A reunião ampliada foi na parte da tarde, no auditório da Universidade do Contestado. Com a participação dos membros do Colegiado, coordenação Estadual de Humanização, componentes da DEPS, membros do GTH da Maternidade, representantes da SMS do Planalto Norte, consultora do MS e demais profissionais que representaram 12 municípios. Os objetivos como: divulgar, fortalecer e integrar a PNH, foram alcançados pelo grande número de participantes dos municípios.

O IV Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ), no dia 05 de outubro de 2012. Com a presença dos gestores, coordenadora Estadual de Humanização, integrantes do GTH do IPQ, componentes do Colegiado Gestor, consultores do MS da PNH e demais participantes. Este Encontro foi marcado pela ênfase que foi atribuída a Política Nacional de Humanização e aos avanços da Saúde Mental. Também, publicização das ações realizadas nesta Instituição, impulsionando e estimulando o trabalho em redes.

O V Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização, aconteceu na Maternidade Carmela Dutra (MCD), no dia 07 de maio de 2013. Com a participação dos gestores, coordenador do SAMU, coordenadora Estadual de Humanização (Ledronete Silvestre)

componentes do Colegiado Gestor, consultores do MS da PNH (Patrícia Silva e Carlos Garcia), diretor de Educação Permanente em Saúde (Walter), coordenadora Estadual da Saúde da Mulher (Iraci Silva), representante do grupo condutor da Rede Cegonha (Carmem Delziovo), representantes da DEPS, componentes do GTH da MCD e demais participantes. Este Encontro foi importante para divulgação do trabalho realizado nesta Unidade, conhecimento de Redes de Atenção em Saúde (RAS) com ênfase nas Redes de Urgência/Emergência e Rede Cegonha. Foi aberto aos participantes de realizarem perguntas para esclarecimentos a respeito de Redes. Também foi discutida a necessidade do apoio dos GTH das Unidades de Saúde para a implantação das Redes, bem como a participação dos gestores no processo.

O VI Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização, ocorreu no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em 02 de julho de 2013. Com a presença dos gestores, coordenadora Estadual de Humanização, consultores do MS da PNH, membros do Colegiado Gestor, membros do GTH do HIJG, diretor da Educação Permanente em Saúde, membros do voluntariado do HIJG e demais participantes. Este Encontro foi importante para divulgação do trabalho desenvolvido no HIJG e que alia dispositivos da PNH e criatividade para amenizar a necessidade de internação das crianças. Também foi enfatizada a importância da articulação com a Atenção Básica.

O VII Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu no Hospital Nereu Ramos (HNR), em 07 de agosto de 2013. Com a presença dos gestores, coordenadora Estadual de Humanização, consultores do MS da PNH, membros do Colegiado Gestor, membros do GTH do HNR, profissionais de saúde da Universidade Federal de SC, presidente da Associação dos Amigos do HNR e demais participantes. Este Encontro foi importante pela apresentação e avaliação do Projeto do Colegiado que foi implementado no Hospital São Paulo, de Xanxerê, “Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e Construção de Vínculos por meio de Encaminhamento Corresponsável”. Também foram estimulados os membros dos GTH para elaborarem os seus Planos de Ação, e que poderão ser monitorados e avaliados por meio de potenciais indicadores. Os temas trazidos pelos organizadores do encontro contribuíram para enriquecer o conhecimento, sobre o Pólo de Aplicação e Monitoramento do Interferon, que hoje é um serviço de referência para o Brasil e o tema: discutindo bioética pelas lentes do cinema que estimulou a participação e discussão.

O VIII Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu no Hospital Tereza Ramos (HTR), em Lages, no dia 03 de setembro de 2013. Com a presença dos gestores, coordenadora Estadual de Humanização, membros do Colegiado Gestor, consultores do MS da PNH, membros da DEPS, membros do GTH do HTR, Secretária Municipal de Saúde (Cristina Subtil), Gerente de Saúde da SDR de Lages (Beatriz Montenezzo) e demais participantes. Este Encontro mostrou a sua importância pela participação ativa da secretária municipal de saúde e gerente de saúde da SDR, atingindo o objetivo de ampliação do coletivo, com a inclusão da atenção básica e fortalecimento das relações. Como também, troca de experiências entre todos os participantes, ativando e estimulando a realização de ações em seus locais de trabalho (foto – apêndice – A)

O IX Encontro Itinerante do Colegiado Gestor de Humanização aconteceu no dia 02 de outubro de 2013 na Maternidade Darcy Vargas em Joinville. Os membros do Colegiado Gestor Estadual de Humanização da Gestão e Atenção do SUS foram acolhidos pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), trabalhadores e gestores da MDV. Contaram com momento para reflexão com apresentação de vídeos; conversa com o diretor da maternidade, o qual referiu a importância do apoio ao GTH e o valor da troca de experiência e criatividade, fundamentais para o desenvolvimento das ações de humanização. Além disso, o grupo teve a oportunidade de assistir a uma apresentação musical com presença de instrumentos como harpa e violão e conversar sobre o tema: “Dor o 5º sinal vital, desafio da humanidade” com a Dr^a Raquel R. Pereira. Por fim, uma visita às dependências da maternidade, onde o grupo pode observar os dispositivos da PNH implantados na mesma. Na reunião do Colegiado pactuações para organização da II Mostra da Política Nacional de Humanização.

4 UMA NARRATIVA NO CAMINHO DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE EM SANTA CATARINA

Por Luciléia Pereira

O Colegiado Gestor de Humanização, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), se constitui como um modelo de gestão participativa que reúne representantes dos diversos espaços onde se pratica a saúde coletiva. Ao colegiado cabem muitas finalidades, entre elas a formação de multiplicadores da prática da humanização na saúde. Os colegiados são espaços deliberativos de coparticipação e tem por premissa garantir o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação. Os colegiados, como espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos.

De outra forma, podemos dizer que cabe ao colegiado a difícil tarefa de sensibilizar os atores envolvidos com a saúde (gestores, trabalhadores, usuários) para a prática de um novo modelo de saúde coletiva, pautada na qualidade, modelo esse que é meta do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os envolvidos nesse processo.

Em Santa Catarina, na reunião itinerante do Colegiado Gestor de Humanização, na cidade de Lages, região norte do Estado, eu conversei com Carlos Alberto Severo Garcia Junior (Carlos), atual consultor do Ministério da Saúde (MS) para a Política Nacional De Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), em Santa Catarina (SC). O assunto era a avaliação do momento vivido pelo Colegiado, em nosso Estado, no que se refere à realização desta política. Na ocasião Carlos perguntou se eu não tinha interesse em descrever nossa conversa por meio de um texto e eu respondi que tentaria.

Desde a conversa com Carlos venho tentando sistematizar minhas ideias em um breve texto que apresento agora. Desde já esclareço aos que se interessarem nessa leitura, que o que trago aqui é fragmento da minha representação sobre o tema e que este não pretende dar conta da amplitude de discussões que nos permite a PNH.

Para compor esse texto recorri às experiências vividas por mim em espaços de debate da PNH, como o Colegiado Gestor de Humanização de SC, o curso sobre a PNH oferecido aos membros do Colegiado por meio da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), em minha experiência na saúde pública na unidade onde trabalho e, por último, mas não menos importante, em minha vivência enquanto usuária do SUS.

Após a conversa com Carlos conversei com a coordenadora do Colegiado Gestor de Humanização em SC, Ledronete Silvestre (Lê) e ela mencionou a importância de mapearmos as ideias e ações advindas da PNH no Estado, por região. Eu logo pensei em um mosaico. Imediatamente me veio à ideia de alguns pedacinhos se juntando e compondo o mapa do Estado com suas lacunas a serem preenchidas. Ledronete me disse que Patrícia, a consultora do MS para a PNH no Estado, antecessora de Carlos, já havia trazido a ideia de um mosaico, mas como montá-lo ainda não sabíamos.

Depois da conversa com Ledronete vim pensando nesse mosaico e tenho tentado avançar a partir daí. O que escrevo a seguir são ideias que surgiram desse esforço.

Vale lembrar que durante a existência e gestão do SUS muitas mudanças ocorreram. Não pretendo enumerá-las aqui apenas quero destacar que essas mudanças foram incorporadas por seus

atores (trabalhadores, gestores e usuários) ao longo da existência dessa política, quer seja em um ritmo mais acelerado ou mais lento.

Com certeza alguns de nós já se perguntou por que as mudanças não se dão no mesmo ritmo ou não acontecem da mesma forma em todos os espaços. Essa é uma pergunta bastante subjetiva e por isso não há uma única resposta. São muitas respostas singulares para dar conta da pluralidade de diferentes seres humanos nutridos de sua cultura pessoal, profissional e social.

Para mim uma mudança de atitude envolve quatro estágios: a escuta, a assimilação, a apropriação e a ação e para que estas etapas se concretizem na prática é necessário estar aberto à mudança.

Escuta: Esse é o momento que ouvimos novas propostas que, quase sempre, vem na contramão do que pensamos. É um momento crucial que desperta curiosidade ou medo. Se deixarmos nos levar pelo medo podemos armar ações contrárias e/ou preventivas para tentar manter o *status quo*. Se nos permitirmos à curiosidade partiremos para o segundo momento, a assimilação.

Assimilação: Nesse momento procuramos a apropriação do conteúdo. É um momento de aprendizado, é quando a introjeção do novo conteúdo com a prática diária se faz necessária. É nesse momento que acontece a sensibilização e com a sensibilização surgem as ideias e o desejo de pô-las em prática.

Apropriação: É um momento em que o conteúdo assimilado é comparado e adaptado a nossa realidade. É preciso que ele faça sentido para nós, é preciso que acreditemos para então pensar formas e maneiras de inseri-lo em nossa realidade.

Ação: Se chegamos aqui é porque estamos convencidos de que o que foi visto e aprendido nos elevou e com essa sensação não queremos recuar e sim realizar. É o momento de compartilhar as ideias em um coletivo para que sejam executadas, mas é preciso estar atento para o fato de que o coletivo, desconhecendo o assunto, percorrerá o mesmo processo que nós.

Posto isto venho refletindo sobre o momento que estamos vivendo em Santa Catarina.

Acredito que o Colegiado avançou e que isso se comprova nas práticas trazidas na I Mostra da PNH no Estado e nos trabalhos que estão por vir com a II Mostra.

Se analisarmos os avanços segundo os passos que mencionei acima poderíamos dizer que o Colegiado já ultrapassou todos os passos, mas, antes de concluir com tanta certeza é preciso refletir sobre o papel do Colegiado.

Entendo o Colegiado como o grande facilitador do processo que leva os atores a trilhar as quatro etapas do processo. Como facilitador nesse processo as ações do Colegiado não podem ser mensuradas, pois como facilitador ele é também o agregador de dúvidas e angústias de todo o coletivo envolvido na mudança. Visto assim, nosso mosaico nunca estará pronto, porque conforme o processo for avançando tanto mais dúvidas quanto angústias terão que ser acolhidas. Mas então como posso avaliar o momento que estamos vivendo?

Seguindo essa linha de raciocínio montei meu mosaico começando pelos municípios e regiões que compõem o colegiado. A cada reunião temos pessoas de diferentes lugares que vêm ajudar a compor nosso mosaico, mas ao mesmo tempo, temos pessoas que se afastam por problemas como mudanças de gestão que levam a um novo planejamento institucional (recursos humanos e gastos).

Percebi que ainda que surjam mudanças isoladas, o que foi visto não se perde, pois cada membro do colegiado se torna um facilitador e promotor das mudanças, especialmente se ele avançou até o terceiro passo, a apropriação. Nesse passo já é possível perceber que a PNH é o

caminho mais fácil para gerir um SUS de qualidade, pois implica na coparticipação que gera a responsabilização.

Vimos muitas mudanças na atenção e promoção da saúde e muitas delas já podem ser destacadas no mosaico da PNH em SC. Com essas mudanças primeiras avançamos para outras necessárias como a implantação da Rede Estadual de Atenção Humanizada. A rede é o grande desafio do Colegiado que terá como principal objetivo unir os serviços da atenção primária e secundária. As dificuldades advêm da gestão das diferentes etapas de mudança que serão vivenciadas nos diferentes contextos e espaços quando alguns dos atores estarão escutando o processo, outros assimilando, outros se apropriando e agindo. É um momento de extremo cuidado quando a humildade em reconhecer nossas limitações será imprescindível no acolhimento às angústias do grande coletivo.

Acredito que o Colegiado Gestor de Humanização de Santa Catarina vem acolhendo os desafios sem percebê-los como adversidades, mas como etapas nesse processo em agregar coletivos e suas ideias, e assim irá avançar nesse processo.

Concluo este texto não com a ideia de algo pronto, mas como um processo em andamento que viveremos enquanto atuarmos com e como seres humanos. Como já disse antes, não acredito em processos acabados para nós humanos, pois somos seres da mudança e buscamos por ela sempre e cada vez mais. Na condição humana estamos em constante transformação, nada é estático, nem mesmo nossa personalidade, o que é fantástico, pois nos permite crescer e mudar nossas ideias e conceitos sempre que for viável ao nosso crescimento pessoal e social. Afinal estamos vivos e é na vida e em sua gestão que temos que pensar sem nos preocuparmos com aquilo que é certo, que um dia iremos morrer.

5 MAPEAMENTO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SANTA CATARINA

O alinhamento do desenho da PNH/SC com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES/SC) que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS baseia-se na necessidade de desenvolver ações que buscam, assim como a PNEPS, conhecer amplamente as especificidades de cada região, por meio de levantamento e análise das necessidades de educação, visando assim à formação e o aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde. Isto porque, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovou o novo desenho territorial das Regiões de Saúde de Santa Catarina, de acordo com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Assim, a configuração das Regiões de Saúde de SC é composta por 16 Regiões de Saúde coincidentes com as atuais Comissões Intergestores Regionais (CIR). A Região de Saúde deverá ser um espaço contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com identidade cultural, econômica e social, possuindo rede de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhado.

O mapeamento por região do CIES (Figura 1), objetiva criar espaços de formação que fomenta a criação de coletivos de discussão de Educação Permanente e Humanização nos municípios. Além de refletir o cotidiano de trabalho para construir novos modos de fazer saúde, ou seja, promover a mudança da cultura das unidades de saúde para melhoria das relações, tornando-as colaborativas e integrando gestores, trabalhadores e usuários com intuito de desenvolver a cultura do diálogo e contribuir para multiplicação do conceito e das práticas de humanização.

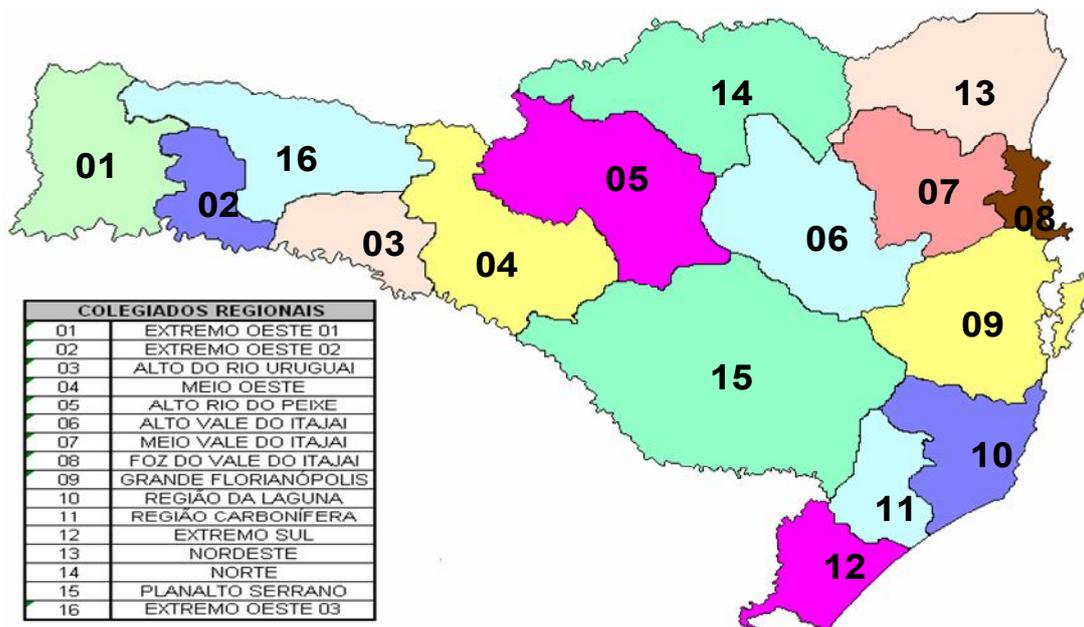


Figura 1 – Mapa com a divisão das 16 CIR/CIES.

No Quadro 2, apresenta-se o mapeamento das ações de humanização em Santa Catarina, seguindo as seguintes informações: cidade da ação desenvolvida, setores/instituições que desenvolvem determinado dispositivo, bem como o nível de complexidade, conforme quadro abaixo. Configuração do mapa em apêndice – B

Cidade	Instituição (es)	Dispositivo(s)	Nível de Complexidade
Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Ouvidoria Visita Aberta GTH Co gestão Saúde do Trabalhador Direito do Usuário Ambiência	Atenção Hospitalar
	Mat. Carmella Dutra	Acolhimento Urgência Obstétrica	Atenção Hospitalar
	Colegiado Gestor Estadual	Colegiado Co gestão e desenvolvimento do método da PNH	Gestão Estadual
	Secretária Municipal de Saúde	Acolhimento	Educação em Saúde Atenção Básica
	Hospital Nereu Ramos	GTH Saúde e trabalho	Atenção Hospitalar
	UFSC	Formação	Formação/Pesquisa
	Hospital Governador Celso Ramos	Ouvidoria GTH	Atenção Hospitalar
São José	Instituto de Cardiologia Santa Catarina	GTH Ouvidoria Saúde e Trabalho Direito do Usuário Ambiência	Atenção Hospitalar
	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes	GTH ACCR Saúde e Trabalho Visita Aberta (0 a 12 anos para familiares internados) Ouvidoria	Atenção Hospitalar
	Instituto de Psiquiatria (IPQ) Santa Catarina	GTH Acolhimento Ouvidoria Saúde e Trabalho	Atenção Hospitalar
Joinville	Maternidade Darcy Vargas	GTH Direito Usuário Ouvidoria Direito a Acompanhante Acolhimento Saúde e Trabalho	Atenção Hospitalar
	Hospital Municipal São José	GTH	Atenção Hospitalar
Blumenau	Comitê Regional do Médio Vale do Itajaí	Cogestão Colegiado	Gestão
	Centro de Saúde do Idoso	PTS	Média Complexidade
	Ambulatório FURB	Clínica Ampliada	Média Complexidade

Cidade	Instituição (es)	Dispositivo(s)	Nível de Complexidade
Ibirama	Hospital Dr. W. Colautti	GTH Ouvidoria Saúde e Trabalho Acolhimento Direitos Usuários Ambiência Visita Aberta Projeto Piloto: Fortalecimento da Rede de Saúde e Construção de Vínculos por meio do encaminhamento corresponsável	Atenção Hospitalar
Lages	Hospital Teresa Ramos	GTH Saúde e Trabalho Ouvidoria Acolhimento Casa de apoio Colibri para acompanhantes de pacientes	Atenção Hospitalar
Itajaí	Hospital Marieta Konder Bornhausen	GTH Direito a Acompanhante Ouvidoria	Atenção Hospitalar
	Secretaria Municipal de saúde	Saúde e Trabalho Acolhimento	Gestão Municipal
Urussanga	Secretaria Municipal de saúde	Práticas Integrativas Complementares (NASF)	Atenção Básica
Mafra	Maternidade Dona Catarina Kuss	Direito Usuário GTH Visita Aberta Cogestão Saúde e Trabalho	Atenção Hospitalar
Itapoá	Secretaria Municipal de Saúde	Ambiência	Média Complexidade
Itaiópolis	Secretaria Municipal de Saúde	Saúde e Trabalho	Média Complexidade
Pomerode	Secretaria Municipal de Saúde	Acolhimento GTH Direito Usuário Saúde e Trabalho	Atenção Básica
Benedito Novo	Secretaria Municipal de Saúde	Acolhimento Ambiência	Atenção Básica
Biguaçu	Secretaria Municipal de Saúde	Acolhimento ESF	Atenção Básica
Timbó	Secretaria Municipal de Saúde	Saúde e Trabalho	Atenção Básica
Xanxerê	Hospital São Paulo	GTH Cogestão ACCR Ambiência Saúde e Trabalho Formação Apoiadores Projeto Piloto: Fortalecimento da Rede de Saúde e Construção de Vínculos por meio do Encaminhamento Corresponsável.	Atenção Hospitalar
TOTAL DE MUNICÍPIOS: 16	TOTAL DE INSTITUIÇÕES: 28	TOTAL DE DISPOSITIVOS: 13	

Quadro 2- Mapeamento das ações de humanização em Santa Catarina.

Essas ações refletem pequena parte do que se desenvolve em Santa Catarina, uma vez que se busca por referências regionais no estado com preocupação em desenvolver ações balizadas nos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH).

Uma dessas ações ressalta o Projeto Piloto desenvolvida como oferta do Colegiado Gestor Estadual de Humanização e se refere ao **Fortalecimento da Rede de Saúde e Construção de Vínculos por meio do Encaminhamento Corresponsável**.

Esta oferta se refere a um projeto que vem sendo aplicado desde 2012 e contou com apoio dos consultores da PNH/MS do estado e demais parcerias e colaboradores, que por meio da experimentação junto a equipes de saúde desencadeia ações na perspectiva de qualificar a organização dos processos de trabalho.

O Encaminhamento Corresponsável visa qualificar a prestação de serviços, melhorando as respostas das práticas de saúde face as necessidade de saúde de usuários, bem como a ampliação do nível de satisfação dos trabalhadores e gestores. O que promove novas dinâmicas no fluxo de atendimento, fortalecidas pela corresponsabilização de todos os envolvidos, na busca da reestruturação da Rede. Como forma de disparar as mudanças propostas pelo coletivo, o Colegiado Gestor Estadual de Humanização apresenta um fluxo que será adaptado de acordo com cada contexto local na capilarização do projeto, apresentando alternativas que favoreçam a qualidade do cuidado, com atenção integral ao usuário atendido nas Emergências/urgências das unidades de saúde.

Isto porque compreende que se o processo de acolhimento é o de prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade requer também orientações ao usuário e família para a continuidade da assistência em outros serviços, além do estabelecimento de articulações para garantir a eficácia dos encaminhamentos. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.

Ainda com relação à visibilidade das experiências, abaixo se apresenta foto (figura 3) que registra o evento I Mostra da Política Nacional de Humanização (PNH) em Santa Catarina (SC).



Figura 3 - Participantes da I Mostra da PNH SC

Os Encontros Itinerantes do Colegiado Gestor PNH/SC (figura 4) também constituem atividades que integram o planejamento das ações do Colegiado Gestor de Humanização e oferece oportunidade para ampliação, qualificação e aproximação das experiências e práticas relacionadas à PNH realizadas no Estado.



Figura 4 - VIII Encontro Itinerante do Colegiado Gestor PNH/SC- Hospital Teresa Ramos-Lages

As experiências apresentadas na II Mostra no ano de 2013 foram registradas o mapa (figura 5) o qual demonstra lacunas que, provavelmente, não foram preenchidas, mas que não significam inexistentes ou que não necessitem de acompanhamento.

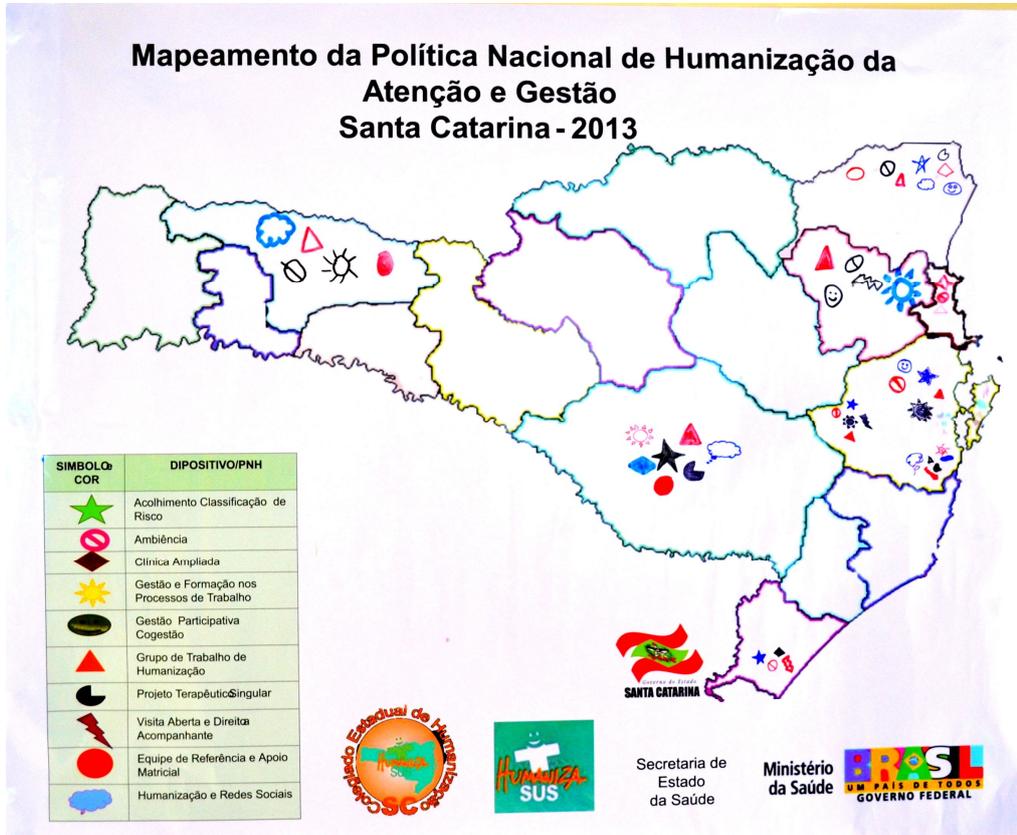


Figura 5 - Mapa construído por participantes da II Mostra da PNH em Santa Catarina.

6 BIOÉTICA PELAS LENTES DO CINEMA: UM DEBATE SOBRE HUMANIZAÇÃO

Destaca-se aqui uma estratégia de construção de espaços coletivos de fomento à discussão e à reflexão sobre questões bioéticas que envolvem o cotidiano do processo de trabalho nas instituições de saúde: o projeto **cinema, saúde e bioética**. Por meio da exibição de obras cinematográficas cuja temática remete à bioética sustenta-se o debate e a crítica acerca de questões éticas que perpassam as práticas, processos e políticas no âmbito da atenção e da gestão do SUS ancorado nos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização,

Evidenciam-se os participantes do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC) da Universidade Federal de Santa Catarina autores da proposta e a importante parceria com instituições de saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Divisão de Humanização pela possibilidade de reflexões que qualificam a prática no Sistema Unido de Saúde.

Abaixo as obras cinematográficas indicadas para o desenvolvimento desta proposta:

- 1) Cobaias
- 2) O jardineiro fiel
- 3) O segredo de Vera Drake
- 4) A experiência
- 5) Maria cheia de graça
- 6) Segunda feira do sol
- 7) Um golpe do destino
- 8) SICKO
- 9) Coisas belas e sujas
- 10) Mar adentro
- 11) Mãos talentosas
- 12) Ensaio sobre a cegueira
- 13) La belle verte
- 14) O discurso do rei
- 15) Obrigado por fumar
- 16) Regras da vida
- 17) O escafandro e a borboleta
- 18) Réquiem para um sonho
- 19) A separação
- 20) O informante
- 21) Germinal
- 22) Vidas cruzadas
- 23) O ovo da serpente
- 24) Milleniun: os homens que não amavam as mulheres
- 25) Intocáveis
- 26) Código de honra
- 27) Flor do deserto
- 28) Quase deuses
- 29) Um conto chinês
- 30) Minhas tardes com Margaret
- 31) Uma prova de amor
- 32) Os sentidos do amor
- 33) A pele que habito
- 34) As sombras de Goya.

7 OS 10 ANOS DE PNH: FRAGMENTOS DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Entrevista com Radilson Carlos Gomes

Fotógrafo de saúde pública, auditor do Ministério da Saúde, ex-trabalhador da Política Nacional de Humanização.

Entrevistador Carlos A.S. Garcia Jr.

1) *Como foi o processo de construção da logomarca da PNH? Quais foram os envolvidos, ideias, concessões, dissensões, propostas que circularam?*

O processo de construção da logomarca passa pelo processo de criação de uma identidade, passa pela necessidade que sentimos de dar uma "cara" para a política.

A nossa experiência no MS era a de ver várias outras políticas serem construídas, formatadas no papel com portaria e normas que com o tempo ficavam arquivadas ou trabalhadas somente nas ideias e iam circulando nos corredores ou salas de reuniões ou até mesmo em fóruns como congressos, encontros e tantos outros, mas com o tempo e com as mudanças de dirigentes sucumbiam, pois não tinham um formato "metafísico" ou algo concreto, com forma e cor. Bem, a partir desse pensamento e ao receber o desafio de colaborar com o estande da PNH durante a realização da 12ª CNS, passei a elaborar uma proposta de participação mais viva e menos de distribuidor de panfletos como normalmente se fazia. Fiz um esboço propondo a criação da logomarca a partir de nossa participação na conferência e apresentei para a nossa coordenadora da época Regina Benevides que juntamente com Adail Rollo, Gilberto Scarazath e Stella Chebli que concordaram com a ideia.

Na época trabalhava no Núcleo Técnico da PNH com a Rejane Vieira e juntos fomos dando formato ao projeto. Precisávamos de um nome Fantasia para facilitar (na época eu dava aulas de fotografia para alunos de comunicação e marketing e também publicidade e acho que eles me influenciaram), fizemos, então, uma discussão quanto ao nome a ser adotado e a nossa querida Rejane Vieira sugeriu o nome fantasia HUMANIZASUS. A moda era tudo terminar com SUS e tinha outros programas nessa linha e foi. Depois ficava a questão das cores. Neste ponto, tomando por base os governos anteriores achei por bem não usar cor de partido político nenhum, queria a política "livre e transitável". Assim as prefeituras não ficariam ciosas em utilizar uma política do partido A ou B, já que as cores marcam governos e partidos no Brasil. Dessa forma, fiz esta defesa e de pronto sugeri usarmos o Verde com referência à saúde e a Rejane sugeriu o Laranja pela força de uma cor quente. Assim, ficou o VERDE + LARANJA e Branco para compor. Toda esta discussão aconteceu de julho a novembro de 2003. Solicitei 400 camisetas para serem distribuídas durante a 12ª Conferência de Saúde, usando as cores e o nome simplesmente. Durante o evento tivemos que fazer outras 200 e mesmo assim não deu para quem quis. Na verdade foi uma estratégia para chamar a atenção para o nosso estande. No estande montamos um set de filmagem e outro de fotografias. A intenção foi gravar entrevistas para utilizar nos vídeos institucionais e captar fotos dos participantes como forma de comprometimento e também material para montarmos a logomarca da PNH. Minha primeira ideia era, já que se tratava de uma política de Humanização, usar as fotos de pessoas na palavra HUMANIZASUS para formar a logomarca, mas este estudo não foi bem sucedido e abortamos a logo por este caminho. Porém a ideia do Humano persistia e foi quando a Rejane indicou uma Designer do Rio Grande do Sul com a qual conversei e troquei e-

mails durante todo o Carnaval de 2004. Passeia para ela os conceitos. Indiquei a necessidade de colocar o Humano na logo e permanecer com as cores e etc. Ela com muita sensibilidade ofertou 3 ou 4 propostas das quais escolhi uma e fiz algumas observações até chegarmos a logomarca atual. Encaminhei a Regina Benevides que bateu o martelo. Infelizmente não lembro o nome da Designer agora, mas não é difícil conseguir já que, no início, sempre colocava nas publicações.

2) *A partir de 2003, quais foram os desafios enfrentados pela política?*

Relembrando, naquela fase o desafio maior era a pactuação das "Marcas da PNH" com os diversos atores do MS e do SUS. A Regina Benevides e sua equipe percebeu a necessidade de envolver todos os atores, inclusive servidores do Ministério da Saúde que antes nunca haviam participado da construção de políticas de saúde. Inicia-se as "rodas de conversas de humanização" denominadas "Barracas da Saúde". Uma série de oficinas onde os dirigentes das áreas do MS eram convocados a participar e responder *"in loco"* aos questionamentos dos servidores. Os estados e municípios foram convocados para validar as propostas do documento base e também o CONASS e CONASEMS e entidades de classe e etc. Na medida em que o documento, ou texto referência ia se formando e sendo pactuado, uma discussão paralela estava sempre na ordem do dia: Como institucionalizar a PNH? Seria com uma portaria? Um ato institucional do ministro da saúde? Inserir na estrutura orgânica do MS ou a deixar conviver e se disseminar na Instituição MS e no SUS? Havia a necessidade de existir um documento formal de Institucionalização? Apenas sendo pactuada nas esferas da saúde e seus princípios comporem as diretrizes dos Programas, Políticas e Ações definidas pelo MS para o SUS? Bem, prevaleceu essa última ideia e até hoje é exatamente esta condição (de não pertencimento formal) que dá força à Política Nacional de Humanização. Não tem como retirar a política do organograma, pois ela não aparece no mesmo (agora aparece), ela está nas secretarias de saúde (estadual e municipal), nas ações e programas, mas não existe no organograma do MS como um cargo formal, mesmo porque, qualquer outro governo teria facilidade em extinguir o cargo e as pessoas envolvidas.

3) *A identificação visual e comunicativa proposta pela PNH deseja o que?*

Gosto dessa provocação... Devo aqui lembrar a nossa motivação quando da criação da identidade... Desde que entrei no ministério da saúde em 1994 até 2003, ano de retomada da discussão de humanização no SUS. A meu ver, entrava ministro, saia ministro e as políticas vinham e iam sem serem consolidadas, sem serem notadas, não tomavam uma forma. Em muitos casos havia muita discussão, consumiam-se horas de encontros e reuniões até formar o documento principal que era apresentado na maioria das vezes em formato de portaria, introduzida verticalmente, de cima para baixo, por decisão ministerial. Mas as diretrizes ali contidas com o tempo sucumbiam, ficavam nas gavetas ou nas ideias. E como diziam os servidores mais antigos, "a portaria não pegava".

Digo isso, mas era apenas a minha impressão, não sei até que ponto existia verdade naquele entendimento, o fato é que, a partir deste pensamento e juntamente com as experiências que obtive com a fotografia e os alunos de publicidade e propaganda, entendia que era preciso criar algo mais concreto, mais visível para uma Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, era preciso dar uma "Cara", uma cor, dar vida além das palavras, além da sigla PNH...

Neste sentido, houve a necessidade de criar a logomarca, de traduzir o discurso contido no documento base da humanização em formas e cores, em algo visível, imagético, algo que pudesse ser um signo, um ícone com um significado. Num primeiro momento identifiquei esta força na cara

das pessoas, nas diferenças de raça, credo e cor, no sincretismo facilmente identificado nos retratos dos trabalhadores e usuários do SUS... Então, se for responder diretamente a sua pergunta, acho que a proposta era a de dar Vida à política a partir de seus indivíduos... Mas, por outro lado, de excluir qualquer conotação política/partidária nas cores e formas da identidade. Era fazer com que as diretrizes fossem identificadas pelo Visual/Cara da Humanização, sem amarra com governo ou gestão transitória. Daí a nossa preocupação em usar as cores Laranja e Verde, evitando taxativamente o vermelho (PT) e o azul (PSDB).

Neste ponto os vídeos institucionais, produzidos a partir das imagens colhidas durante a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, fizeram a diferença. Em especial, montamos uma pequena apresentação produzida a partir daquelas fotografias com mais de 1000 retratos de trabalhadores, usuários, delegados e dirigentes, que, colocados de forma justaposta e intercalados numa sequência de mais ou menos 3 minutos, tempo da música "Gente" de Caetano Veloso, mostrava de forma concreta a nossa proposta...

Outro vídeo, fundamental, que foi o nosso principal propagador das marcas e diretrizes da humanização e produzido por outra parceira, a cineasta Márcia Medeiros, foi um Vídeo de 15 minutos no qual a Regina Benevides apresentava as propostas da política de humanização do SUS e suas diretrizes, delegados confirmavam a política e Humberto Costa (Ministro da época), Odorico, presidente do CONASEMS e Gastão Wagner, Secretário Executivo em exercício, também faziam as suas falas. Bem, este vídeo foi motivo de muita discussão dois anos depois. Na verdade, fui o culpado por esta polêmica.

Desde o início, a meu ver, a humanização estava acima de questões político/partidárias. Não podíamos misturar as coisas, para mim era necessário evitar marcar uma determinada gestão, um governo ou coisa parecida. Na política brasileira as coisas ou ações são descontinuadas devido à mudança de governos ou gestores, são interrompidas por mera vaidade. Muitas vezes a entrada de um gestor, prefeito, dirigente ou presidente no lugar do seu antecessor, significa a paralisação de obras e ações da gestão anterior, mesmo identificando a necessidade das obras ou a importância das ações que vinham sendo implementadas.

Entendi, naquele momento, que não seria diferente com a PNH, que, caso os atores das gestões anteriores continuassem a aparecer no vídeo, aquele vídeo não seria mais usado. As gestões subsequentes não aceitariam o seu uso.

Não sei se foi o mais correto, mas resolvemos fazer uma edição passando o vídeo original para uma versão de 10 minutos e retirando a fala das autoridades que já não faziam parte da condução do processo (no caso, preservando o vídeo original e arquivando para a memória).

Dessa forma, pudemos continuar a utilizar o vídeo em todas as rodas de discussão que surgiam e isso acontece até hoje. Retirei o marco político/partidário em nome da continuidade do processo de disseminação da humanização.

Assim, mesmo as Secretarias Municipais de Saúde administradas por partidos políticos ideologicamente contrários ao atual governo, passaram a adotar o vídeo sem nenhuma objeção, e mesmo os ministros da saúde subsequentes ao Ministro Humberto Costa, assistiam ao vídeo em abertura de cerimônias formais sem nenhum constrangimento.

Porém, passados mais de 10 anos desse ocorrido, não sei se compensou o custo que tive ao tomar aquela decisão. Pensei na sobrevivência da PNH, mas carrego o sentimento de ter alterado o curso natural das coisas... Não sei verbalizar de forma mais precisa este sentimento!

4) Além da logomarca, os materiais (vídeos, cartilhas, etc.) produzidos pela PNH tem características que despertam o interesse, quais foram os elementos que unificaram esses elementos?

Os elementos visuais que serviram para unificar essas propostas foram os rostos e as cores de "atores e autores" do SUS. De certa forma, as imagens do "SUS DE TODOS COM A CARA DE TODOS".

Costumava falar que as pessoas, ao se deixarem fotografar, ao assinarem o documento que autorizava o uso de suas imagens para divulgar positivamente o SUS, aquele ato era um ato de confirmação, de aceitação, e reconhecimento da política de humanização como uma política necessária. Uma assinatura pela imagem, um consentimento imagético!

Apêndice A – Leitura Recomendada para consulta:

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

_____. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): cartilha da PNH: **acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Clínica ampliada**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Gestão e formação no processo de trabalho**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Cogestão**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Grupo de Trabalho de Humanização**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Visita aberta e direito à acompanhante**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Cartilha da PNH: **Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ª ed., 2008.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e cogestão de coletivos** : a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

GARCIA JÚNIOR, C. A. S. O apoio na Política Nacional de Humanização em Santa Catarina: a potência dos “apoiadores em rede”. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 107-119, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, G.N **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) Orientador: Sergio Resende Carvalho. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2011. 175f.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**. v. 17, n. 3, p.16-23, set/dez 2005.

RIGHI, L. B. **Poder local e Inovação no SUS**. 2002. 230 f. (Tese de Doutorado em Medicina Preventiva e Social)-Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas, 2002.

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

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 219-234, 2005.

_____. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

_____. A grande saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 35-72, 2004.

Alguns artigos e teses estão disponíveis para o acesso online. Os materiais da PNH estão disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde. Você pode acessar por meio dos seguintes endereços eletrônicos:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_periodicos.php

