

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

HumanizaSUS

Política Nacional de Humanização

A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 3.º andar, sala 336

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957

E-mail: humanizaus@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/humanizaus

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série.

NLM WA 30 DB8

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 0923/2004

Titulos para indexação:

Em inglês: HumanizaSUS. National Politics of Humanization: Humanization as Guidelines on Care and Management Practices in All Sectors of SUS

Em espanhol: HumanizaSUS. Política Nacional de Humanización: La Humanización como Eje Norteador de las Prácticas de Atención y Gestión en Todas las Instancias del SUS

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Marjorie Tunis Leitão

Paulo Henrique de Castro

Projeto Gráfico: João Mário P. d'Almeida Dias

Editoração: Carla Vianna Prates

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Sumário

Marco teórico-político	5
Princípios norteadores da Política de Humanização	9
Marcas/prioridades	10
Estratégias gerais	10
Orientações estratégicas para a implementação da PNH	11
Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção	12
Diretrizes específicas por nível de atenção	13
Na Atenção Básica	13
Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros	14
Na Atenção Especializada	14
Na Atenção Hospitalar	15

Parâmetros para o nível B	15
Parâmetros para o nível A	15
A gestão da Política de Humanização	16
O campo da humanização	17
Assim, na construção do campo da humanização, a PNH assume o compromisso de	17
Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a	18
Implantação e funcionamento da PNH	18

Marco teórico-político

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira – operados especialmente ao longo das últimas duas décadas – convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado.

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde.

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

É por isso que propomos uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde.

E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas “tornar mais humana a relação com o usuário”, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde?

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano”(!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores”.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade.

Com isso, estamos nos referindo à necessidade de adotar a Humanização como *política transversal*, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deva significar um “ficar fora, ou ao lado, do SUS”. Acreditamos que a Humanização deva caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS. Mas queremos também que sua afirmação como política transversal garanta este caráter questionador das verticalidades, pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos.

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

Nesse sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos.

Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Trata-se, então, de investir na *produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos* que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.

Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde.

O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção do que chamamos Rede de Humanização em Saúde (RHS).

Como em toda rede, a característica da conectividade é a que mais se destaca. Estar conectado em rede implica exatamente esses processos de troca, de interferência, de contágio que queremos. Uma rede comprometida com a defesa da vida. Uma rede humanizada porque lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos.

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo.

Princípios norteadores da Política de Humanização

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Marcas/prioridades

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

1. No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.

2. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.
3. No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras.
4. No eixo da informação/comunicação, indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
5. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.
6. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.
7. No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

Orientações estratégicas para a implementação da PNH

1. Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos).

2. Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas secretarias estaduais de saúde (SES), nas secretarias municipais de saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde.
3. Consolidar e expandir a rede virtual de humanização, facilitando trocas, dando visibilidade às experiências exitosas e multiplicando práticas comprometidas com a PNH.
4. Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.
5. Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora.
6. Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, etc.
7. Articular os programas e os projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) com a PNH, com vistas a diminuir a verticalização, implicando a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.
8. Incentivar a construção de protocolos para serviços com perfil humanizador.

Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
8. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

Diretrizes específicas por nível de atenção

Na Atenção Básica:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Especializada:

1. Garantir agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário.
2. Estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.
3. Otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação.
4. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Hospitalar:

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o nível B:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido.
- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários.
- Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores.
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

Parâmetros para o nível A:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado.
- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Ouvidoria em funcionamento.
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes

internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.

- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.
- Conselho gestor local com funcionamento adequado.
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia).
- Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação.

A gestão da Política de Humanização

A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo. Isso significa processos de pactuação no âmbito do Ministério da Saúde, assim como nas diversas instâncias do SUS.

Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde, são tarefas das quais não podemos abrir mão se, de fato, queremos operar transversalmente.

O que estamos querendo dizer é que afirmar a Humanização como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja.

Dessa forma, decidimos integrar as contribuições das áreas da saúde, assim como de programas e projetos, na construção da Política de Humanização. Seu caráter, portanto, é de abertura, significando que outras experiências e propostas a ela se agregarão.

O aspecto a se destacar é o fato de que as diretrizes pactuadas expressam compromissos do Ministério da Saúde em qualificar os princípios do SUS, impondo a todos a tarefa de definirem seus núcleos de responsabilidades e competências.

É nesse sentido que se torna importante definir um *modo de gestão* da PNH.

O campo da humanização

Como política transversal, a PNH entende que, em seu papel articulador, ela deve se dirigir, por um lado, à facilitação e à integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde a Política de Humanização se dará; por outro lado, deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da Política de Humanização.

A criação do campo da humanização se fará pela intercessão nas diferentes políticas de saúde. Nesse caso, a PNH trabalhará em ações decididas com as áreas de modo a integrá-las, além de facilitar contatos e interagir com as instâncias do SUS onde tais políticas se efetuem.

Suas funções de núcleo de humanização definem-se por garantir, estrategicamente, a especificidade da Política de Humanização e, nesse sentido, fará *ofertas de conteúdos e de metodologias a serem trabalhados sobre processos e prioridades considerados essenciais* para cada área da atenção. Além disso, estabelecerá linhas de implantação, integração, pactuação e difusão da PNH.

Assim, na construção do campo da humanização, a PNH assume o compromisso de:

- propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado;

- propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS;
- criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Pólos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS;
- criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.

Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a:

- construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado;
- fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica.

Implantação e funcionamento da PNH

Para a implantação de uma PNH efetivamente transversal às demais ações e políticas de saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências.

Assim, ao mesmo tempo em que são experimentadas novas propostas de ação e multiplicadas – com as devidas mediações – as experiências exitosas, os processos de debate e pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal do SUS deverão consolidar a Humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção.

Dessa forma, cabe à Coordenação da PNH articular a atuação das áreas do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento das ações das secretarias estaduais e das secretarias municipais de saúde. Assim, esquematicamente, o que se propõe está representado no diagrama a seguir:



