

Prefeitura Municipal de Cariacica do Estado do Espírito Santo

CARIACICA

Técnico em Enfermagem

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	11
■ LEITURA, INTERPRETAÇÃO E COMPREENSÃO DE TEXTO.....	11
■ DÍGRAFOS CONSONANTAIS E DÍGRAFOS VOCÁLICOS; ENCONTROS VOCÁLICOS E ENCONTROS CONSONANTAIS.....	13
ORTOGRAFIA	13
TONICIDADE DAS PALAVRAS: PROPAROXÍTONAS, PAROXÍTONAS E OXÍTONAS	14
ACENTUAÇÃO GRÁFICA	15
■ REGÊNCIA NOMINAL E VERBAL.....	15
■ CONCORDÂNCIA NOMINAL E VERBAL	17
■ EMPREGO DOS SINAIS DE PONTUAÇÃO	21
■ CRASE	23
■ SINÔNIMOS, ANTÔNIMOS, HOMÔNIMOS E PARÔNIMOS.....	25
■ CLASSIFICAÇÃO E FLEXÃO DAS PALAVRAS.....	26
Colocação dos Pronomes Oblíquos Átonos	36
VERBOS: CONJUGAÇÕES, MODOS E TEMPOS	37
RACIOCÍNIO LÓGICO.....	55
■ SEQUÊNCIAS LÓGICAS ENVOLVENDO NÚMEROS, LETRAS E FIGURAS	55
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ENVOLVENDO SEQUÊNCIAS (COM NÚMEROS, COM FIGURAS, DE PALAVRAS)	57
■ RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ENVOLVENDO FRAÇÕES, CONJUNTOS, PORCENTAGENS.....	61
■ RACIOCÍNIO LÓGICO-MATEMÁTICO	72
PROPOSIÇÕES	72
CONNECTIVOS	73
EQUIVALÊNCIA LÓGICA	75
IMPLICAÇÃO LÓGICA.....	78
ARGUMENTOS VÁLIDOS.....	80

■ RACIOCÍNIO SEQUENCIAL, ORIENTAÇÕES ESPACIAL E TEMPORAL: FORMAÇÃO DE CONCEITOS E DISCRIMINAÇÃO DE ELEMENTOS	81
■ COMPREENSÃO DO PROCESSO LÓGICO QUE, A PARTIR DE UM CONJUNTO DE HIPÓTESES, CONDUZ, DE FORMA VÁLIDA, A CONCLUSÕES DETERMINADAS.....	81
INFORMÁTICA BÁSICA	87
■ MICROSOFT WORD 2019 (VERSÃO EM PORTUGUÊS E NAS CONFIGURAÇÕES PADRÃO)	87
Utilização de Ferramentas de Revisão (Correção Ortográfica, Comentários)	87
CRIAÇÃO E FORMATAÇÃO DE DOCUMENTOS	89
INSERÇÃO E EDIÇÃO DE IMAGENS E TABELAS	97
■ MICROSOFT EXCEL 2019 (VERSÃO EM PORTUGUÊS E NAS CONFIGURAÇÕES PADRÃO).....	99
CRIAÇÃO E FORMATAÇÃO DE PLANILHAS.....	99
UTILIZAÇÃO DE FÓRMULAS E FUNÇÕES BÁSICAS (SOM, MÉDIA, MÍNIMO, MÁXIMO): CRIAÇÃO DE GRÁFICOS E TABELAS DINÂMICAS	101
■ GOOGLE DRIVE	115
CONHECIMENTO SOBRE O USO DE FERRAMENTAS COMO GOOGLE DOCS	115
GOOGLE SHEETS	131
GOOGLE SLIDES.....	143
ARMAZENAMENTO EM NUVEM.....	152
■ TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO: USO DE E-MAILS E PLATAFORMAS DE MENSAGENS PARA COMUNICAÇÃO COM ALUNOS E COLEGAS.....	154
■ FERRAMENTAS DE VIDEOCONFERÊNCIA E REUNIÕES.....	155
ZOOM.....	155
MICROSOFT TEAMS	155
GOOGLE MEET	162
■ CONHECIMENTOS DE INTERNET	162
CORREIO ELETRÔNICO: RECEBER E ENVIAR MENSAGENS - ANEXOS, CATÁLOGOS DE ENDEREÇO, ORGANIZAÇÃO DAS MENSAGENS.....	163
CONCEITOS DE URL.....	167
LINKS.....	168
SITES	169
BUSCA	170

IMPRESSÃO DE PÁGINAS	172
APLICATIVOS PARA SEGURANÇA (ANTIVÍRUS, FIREWALL, ANTISPYWARE ETC.).....	178
■ PROCEDIMENTOS DE BACKUP.....	181
■ NAVEGAÇÃO NA INTERNET: CONHECIMENTO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS NAVEGADORES	186
FERRAMENTAS E APLICATIVOS COMERCIAIS DE NAVEGAÇÃO	186
MICROSOFT EDGE	186
MOZILLA FIREFOX.....	187
GOOGLE CHROME.....	187
LEGISLAÇÃO.....	191
■ CONSTITUIÇÃO FEDERAL - CF - 1988 - CAPÍTULO VII - DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - ARTIGOS 37, 38, 39, 40 E 41	191
■ LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA/ES	204
■ LEI COMPLEMENTAR Nº 137, DE 03 DE MAIO DE 2023 - ESTATUTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL DO MUNICÍPIO DE CARIACICA/ES	204
■ CÓDIGO DE ÉTICA E INTEGRIDADE DOS AGENTES PÚBLICOS DO PODER EXECUTIVO.....	205
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	209
■ PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO	209
■ FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM	216
OBSERVAÇÃO E REGISTRO DE SINAIS E SINTOMAS DO PACIENTES	216
VERIFICAÇÃO E REGISTRO DE SINAIS VITAIS.....	216
DADOS ANTROPOMÉTRICOS	218
■ PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	219
Via Oral	221
Via Intravenosa	222
Via Intramuscular.....	222
Via Intradérmica.....	223
■ LIMPEZA, DESINFECÇÃO E PREPARO DA UNIDADE DO PACIENTE.....	223
■ PREPARO, ESTERILIZAÇÃO E TRANSPORTE DO MATERIAL HOSPITALAR	223

■	COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES DE LABORATÓRIO	227
	SANGUE.....	227
	URINA	228
	FEZES.....	229
	SECREÇÃO	230
■	PREVENÇÃO E CONTROLE DE ÚLCERA PARA PRESSÃO	230
■	CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE OS TIPOS DE TÉCNICAS DE CURATIVOS.....	232
	BANDAGENS	233
■	APLICAÇÃO QUENTES E FRIAS.....	234
■	AÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIGENIOTERAPIA E NEBULIZAÇÃO	234
■	CATETERISMO VESICAL E SONDAGEM GÁSTRICA.....	237
■	BALANÇO HÍDRICO	241
■	REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	242
■	PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	243
■	CÁLCULOS DE MEDICAMENTOS E GOTEJAMENTO DE SORO	252
■	ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ, TRANS E PÓS-OPERATÓRIO	255
	CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	260
■	CUIDADOS COM DRENOS E FLEBOTOMIA	263
■	ENFERMAGEM MÉDICA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	265
	AOS PACIENTES PORTADORES DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.....	265
	Infarto do Miocárdio e Angina	267
	Insuficiência Cardíaca	267
	Hipertensão.....	268
	Febre Reumática	268
	AOS PACIENTES PORTADORES DE PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS.....	268
	Gastrite	270
	Úlceras Pépticas e Duodenais	270
	PACIENTES PORTADORES DE PROBLEMAS METABÓLICOS.....	270
	Hipertireoidismo	271
	Hipotireoidismo.....	271

Diabetes.....	271
AOS PACIENTES PORTADORES DE PROBLEMA RENAI	272
Insuficiência Renal e Glomerulonefrite.....	272
AOS PACIENTES PORTADORES DE PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS.....	272
Pneumonia	273
Asma Brônquica.....	273
Edema Agudo De Pulmão.....	273
Bronquite	273
■ ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM NEOPLASIAS	275
■ ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO, ADULTOS E CRIANÇAS.....	277
PACIENTE ENTUBADO E TRAQUEOSTOMIZADO	278
CUIDADOS COM SONDAS	280
SOB ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA	280
■ CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL	282

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Política Nacional de Humanização foi instituída em 2003 e visa a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde através de práticas de atenção e gestão, otimizando a saúde pública no Brasil por meio de permutas solidárias realizadas entre gestores, trabalhadores e usuário. Para entender o assunto é de extrema relevância ter as seguintes disposições em mente:

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir dessa articulação, constroem-se, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015)

Nesse sentido, este tópico pretende expor os princípios fundamentais da Política Nacional de Humanização, como o respeito às especificidades de cada instituição e o estímulo à cooperação entre elas por meio da troca de experiências produzidas, visando a qualificação do serviço público de saúde. Tendo como base a PNH, veremos as diretrizes que contemplam os projetos de caráter humanizado que são desenvolvidos nas diferentes instituições de saúde, seus princípios e objetivos. Agora, vejamos como se apresentam, segundo o Ministério da Saúde, as Diretrizes, os Princípios e os objetivos da Política Nacional de Humanização:

DIRETRIZES

Acolhimento

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e Cogestão

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica Ampliada e Compartilhada

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do

processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Utiliza-se recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

PRINCÍPIOS

Transversalidade

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. 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.

Indissociabilidade entre Atenção e Gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

OBJETIVOS

Propósitos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Três macro-objetivos:

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

A Política Nacional de Humanização **busca**:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilidade e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE HUMANIZAÇÃO

Uma das diferenças entre o ser humano e os animais irracionais é que seu corpo biológico é envolvido, desde a infância, por uma rede de imagens e palavras. Essa rede, primeiro, é apresentada pelos pais e pelos familiares e, em seguida, pela escola, pelo trabalho, enfim, por todas as relações sociais. É esse “banho” de imagem e de linguagem que vai moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em um ser humano, com um estilo de vida singular.

Sendo seres dotados de linguagem, podemos construir redes de significados, que compartilhamos em maior ou menor intensidade com nossos semelhantes. Essas redes de significado dão-nos uma identidade cultural. Dessa forma, somos capazes de transformar imagens em escultura e pintura, sons em música e palavras, palavras em poesia e literatura, ignorância em religião, arte, saber e ciência. Somos capazes de produzir cultura e, a partir dela, intervir e modificar a natureza. Transformar doença em saúde, por exemplo.

Contudo, é preciso ter ciência de que a palavra pode fracassar e, quando isso acontece, somos também capazes das maiores arbitrariedades. A destrutividade faz parte do humano e a história testemunha a que ponto podemos chegar. Conforme diz o dito popular retirado do pensamento de Thomas Hobbes, “o homem pode se tornar lobo do homem”, passando a usar nosso conhecimento para aniquilar pessoas que consideramos diferentes de nós e que, por isso, percebemos como uma ameaça a ser eliminada. Essa destrutividade pode se manifestar em muitos níveis e intensidades, desde pequenos gestos cotidianos a atos de violência cruéis e definitivos.

Mas, então, o que é humanizar? No conceito de humanizar subjaz a ideia de garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, torna-se necessário que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, e conseqüentemente, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Paradoxalmente, o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido tanto benefícios como prejuízos. Um mundo novo está sendo construído a partir das revoluções tecnológicas, e há uma indagação constante sobre como se processam as informações em uma era midiática. A palavra pode ser reduzida, o contato humano secundarizado, a informação descontextualizada, a comunicação fragmentada na mesma medida que os avanços tecnológicos também engendram práticas sociais integradoras, humanizadoras.

A ciência e tecnologia tornam-se desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso da prestação de serviços de saúde, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo. Quando preenchemos uma ficha de histórico clínico, não estamos escutando a palavra do paciente. As informações são indispensáveis, sem dúvida. Mas o lado humano ficou excluído.

O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra. Isso porque é algo necessariamente pessoal, subjetivo, e precisa ser reconhecido na palavra do outro. Nesse sentido, um hospital ou um posto de saúde pode ser excelente do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento, de modo que pacientes são tratados como simples objetos de intervenção técnica e não acolhidos em suas angústias, seus temores e suas expectativas, ou sequer são informados sobre procedimentos necessários.

O motivo pode ser o excesso de demanda, a procura exagerada de ofertas técnicas e tecnológicas, a busca voraz de lucros ou ainda a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais, de gerência, de espírito de acolhimento. Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas e materiais induz à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal.

Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e a responsabilidade.

Partindo dessa perspectiva, a Política de Humanização da Assistência à Saúde aponta diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

- Acolhimento e atendimento dos usuários;
- Trabalho dos profissionais;
- Lógicas de gestão e gerência.

Esses parâmetros podem servir para o trabalho de análise, reflexão e elaboração de ações, campanhas, programas e políticas assistenciais que orientem um plano de humanização.

A expectativa da PHAS é criar uma nova cultura de humanização, que valoriza as ações humanizadas já desenvolvidas, criando uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Uma cultura de humanização necessita tempo para ser construída, impõe a participação de todos os atores do sistema, determina a ruptura de paradigmas. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, visto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

SAÚDE PÚBLICA HUMANIZADA

Contextualizando o SUS

Sabe-se que todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao SUS, é um direito garantido legalmente. Mas, convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS. A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvida de que a municipalização garante a atenção básica de saúde, trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema.

Os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferentes, cada qual com suas necessidades e demandas; por isso mesmo, o SUS definiu várias formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde.

A regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Conceitualmente, consiste na divisão do espaço geográfico para melhor atender as demandas dos municípios. De forma

mais prática, os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais desses módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designando serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Essas microrregiões, por sua vez, são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. A Secretaria Estadual da Saúde designa, também, os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade.

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. Para o melhor manejo do sistema de saúde e a garantia do direito a todos os cidadãos brasileiros, a articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental. O objetivo de tal organização é que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município, recorrendo para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário.

Ainda sobre o planejamento, quanto mais bem articulado, mais garantia teremos de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional. A participação comunitária, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social.

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. É imperioso implantar o SUS onde ele não existe, assim como aperfeiçoá-lo, permanentemente, onde ele já está implantado.

Dilemas e Desafios Atuais

Depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sabem que o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Não basta centrar esforços na busca de eficiência e produtividade, essenciais para que os recursos públicos sejam investidos de forma responsável.

Por ter uma baixa qualidade dos serviços, o sistema acaba se sobrecarregando. Isso porque, se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias: os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida em um primeiro atendimento se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional com o usuário.

Quanto menor a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população.

Para resolver o problema e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa.

Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários e precificar uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.

O processo de humanização coloca, de imediato, duas tarefas: **refletir** sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e **criar soluções** para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades.

Não se trata de mais uma sobrecarga em um trabalho que já demanda muito investimento. Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados – que poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.

O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional, que deve ser pautada por respeito, solidariedade e desenvolvimento da solidariedade e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

Esse novo modelo de gestão precisa se amparar no fortalecimento da vontade política dos dirigentes de participar de ações efetivas e permanentes que transformem a realidade institucional das organizações de saúde. Precisa se amparar, ainda, no reconhecimento do caráter processual dessas transformações, na necessidade de comunicação e divulgação de resultados dos projetos e na criação de condições para a sustentação dos mesmos.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanentes de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas.

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, através da voz de usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução, perante a comunidade, da tão desgastada imagem do serviço público de saúde.

I PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

A participação comunitária pode conferir maior visibilidade às decisões dos gestores e, quanto a isso, a Constituição de 1988 é bem clara: todos os cidadãos têm direitos civis, tais como liberdade pessoal de expressão, religião e movimentação, direitos políticos,

como os eleitorais e de associação e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social.

Na prática, nem sempre é fácil respeitar esses direitos, especialmente os direitos sociais. Para que eles sejam respeitados, são indispensáveis a organização social e a participação ativa do cidadão. No SUS, os direitos dos usuários vêm sendo garantidos através do controle social e pela Constituição de 1988, que estabelece como princípio estruturador do SUS a participação da comunidade no planejamento e na avaliação continuada.

Em 1990, a Lei 8.080, que regulamentou o SUS, determinou a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. No mesmo ano, a Lei 8.142 definiu duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os **Conselhos de Saúde** – constituídos em 50% por representantes dos usuários e em 50% por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde – são órgãos deliberativos encarregados de normatizar, recomendar, promover diligências, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. As decisões devem ser referendadas pelos níveis estadual e municipal de saúde e as suas principais estratégias de ação são a negociação política, a ação judicial e o acionamento do Ministério Público quando as resoluções não são cumpridas.

Em dezembro de 2000, a **11ª Conferência Nacional de Saúde** estabeleceu as diretrizes para a política de saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”.

A participação cidadã ganhou espaço e reconhecimento e tem sido estimulada por recursos como ouvidoria, trabalhos de sala de espera, preparação das altas, alojamento conjunto e ampliação do horário de visitas. Esses mesmos recursos são usados para ampliar os direitos dos usuários e legitimar o prestígio das instituições hospitalares.

Muitas das restrições impostas por modernos hospitais a seus usuários e familiares em termos de regras e horários, por exemplo, não obedecem a razões técnicas. Elas são, na verdade, parte de uma longa herança institucional, de cunho autoritário. É importante questionar e reavaliar as regras que restringem o acesso e a participação de famílias e usuários, propiciando formas mais abertas e livres de interação com o hospital. Quanto maior esta interação, maior é a força criativa e a aliança que se estabelece entre a instituição e seus usuários. Todos ganham: os pacientes e suas famílias conquistam mais espaço, liberdade e confiança no atendimento; funcionários e profissionais passam a contar com uma maior rede de ajuda para o desenvolvimento de suas tarefas.

Grupos de Trabalho de Humanização

Os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), conceitualmente, são espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a instaurar uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

● Composição dos GTHs

Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar devem ter uma participação equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos da instituição:

- Representantes de direção/gestão, chefia dos setores e serviços, médicos, técnicos (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha etc.).

● Atribuições dos GTHs

- Liderar o processo de humanização;
- Traçar estratégias de comunicação/integração entre setores;
- Avaliação de projetos em desenvolvimento ou a serem desenvolvidos de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- Promover fluxo de propostas e deliberações;
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços;
- Promover a interação com o gestor municipal (agenda de ações);
- Estabelecer os padrões de atendimento ao usuário;
- Coordenar voluntariado;
- Participar dos encontros de humanização.

Encontros da PHAS

Encontros habituais entre as instituições para troca de experiências, bem como promover a discussão e reflexão frente às facilidades e dificuldades na construção do processo de humanização em busca de soluções para os conflitos, são de extrema importância.

A seguir, elencamos cinco passos para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde:

● Sensibilizar a Gestão

Objetivos:

- Sensibilizar a direção da instituição para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;
- Obter apoio da direção para a implantação e a sustentação permanente das ações de humanização.

Metodologia sugerida:

- Estimular a reflexão conjunta sobre a questão da humanização e a realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde.

Estratégias sugeridas:

- Discutir o manual da PHAS;
- Discutir o conceito de humanização da PHAS;
- Apresentar a proposta da PHAS;
- Descentralizar as ações da PHAS.

● Constituir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)

Objetivo:

- Constituir um GTH composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional etc.), comprometidos com a ideia de humanização.