



HCPA - RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE -
RIO GRANDE DO SUL

Técnico de Enfermagem
(Medicina Ocupacional)

EDITAL Nº 07/2023

CÓD: SL-161DZ-23
7908433247159

Como passar em um concurso público?

Todos nós sabemos que é um grande desafio ser aprovado em concurso público, dessa maneira é muito importante o concurseiro estar focado e determinado em seus estudos e na sua preparação. É verdade que não existe uma fórmula mágica ou uma regra de como estudar para concursos públicos, é importante cada pessoa encontrar a melhor maneira para estar otimizando sua preparação.

Algumas dicas podem sempre ajudar a elevar o nível dos estudos, criando uma motivação para estudar. Pensando nisso, a Solução preparou esta introdução com algumas dicas que irão fazer toda a diferença na sua preparação.

Então mãos à obra!

- Esteja focado em seu objetivo: É de extrema importância você estar focado em seu objetivo: a aprovação no concurso. Você vai ter que colocar em sua mente que sua prioridade é dedicar-se para a realização de seu sonho;
- Não saia atirando para todos os lados: Procure dar atenção a um concurso de cada vez, a dificuldade é muito maior quando você tenta focar em vários certames, pois as matérias das diversas áreas são diferentes. Desta forma, é importante que você defina uma área e especializando-se nela. Se for possível realize todos os concursos que saírem que englobe a mesma área;
- Defina um local, dias e horários para estudar: Uma maneira de organizar seus estudos é transformando isso em um hábito, determinado um local, os horários e dias específicos para estudar cada disciplina que irá compor o concurso. O local de estudo não pode ter uma distração com interrupções constantes, é preciso ter concentração total;
- Organização: Como dissemos anteriormente, é preciso evitar qualquer distração, suas horas de estudos são inegociáveis. É praticamente impossível passar em um concurso público se você não for uma pessoa organizada, é importante ter uma planilha contendo sua rotina diária de atividades definindo o melhor horário de estudo;
- Método de estudo: Um grande aliado para facilitar seus estudos, são os resumos. Isso irá te ajudar na hora da revisão sobre o assunto estudado. É fundamental que você inicie seus estudos antes mesmo de sair o edital, buscando editais de concursos anteriores. Busque refazer a provas dos concursos anteriores, isso irá te ajudar na preparação.
- Invista nos materiais: É essencial que você tenha um bom material voltado para concursos públicos, completo e atualizado. Esses materiais devem trazer toda a teoria do edital de uma forma didática e esquematizada, contendo exercícios para praticar. Quanto mais exercícios você realizar, melhor será sua preparação para realizar a prova do certame;
- Cuide de sua preparação: Não são só os estudos que são importantes na sua preparação, evite perder sono, isso te deixará com uma menor energia e um cérebro cansado. É preciso que você tenha uma boa noite de sono. Outro fator importante na sua preparação, é tirar ao menos 1 (um) dia na semana para descanso e lazer, renovando as energias e evitando o estresse.

A motivação é a chave do sucesso na vida dos concurseiros. Compreendemos que nem sempre é fácil, e às vezes bate aquele desânimo com vários fatores ao nosso redor. Porém tenha garra ao focar na sua aprovação no concurso público dos seus sonhos.

Como dissemos no começo, não existe uma fórmula mágica, um método infalível. O que realmente existe é a sua garra, sua dedicação e motivação para realizar o seu grande sonho de ser aprovado no concurso público. Acredite em você e no seu potencial.

A Solução tem ajudado, há mais de 36 anos, quem quer vencer a batalha do concurso público. **Vamos juntos!**

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem (Medicina Ocupacional)

1. Acidentes de trabalho.....	7
2. Biossegurança.....	10
3. Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).....	16
4. Doenças relacionadas ao trabalho.....	17
5. Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.....	17
6. Exposição ocupacional a doenças infectocontagiosas.....	19
7. Funções da Enfermagem do Trabalho: assistencial, administrativa, ensino, pesquisa, auditoria e de assessoramento.....	20
8. Imunização ocupacional.....	20
9. Legislação Trabalhista e Previdenciária.....	23
10. Níveis de prevenção de saúde ocupacional.....	24
11. Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.....	24
12. Pessoas com deficiência e políticas de inclusão.....	24
13. Política Nacional de Humanização.....	25
14. Segurança do Paciente e Saúde no Trabalho.....	34
15. Segurança e Saúde do Trabalhador.....	34
16. Sistematização da assistência em enfermagem.....	34

Referências Recomendadas

1. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.....	39
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.....	39
3. BRASIL. Decreto nº 1.171, de 22 de junho de 1994. Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.....	43
4. BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).....	44
5. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.....	61
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para controle da tuberculose: guia rápido para profissionais de saúde.....	71
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica em Saúde Mental.....	72
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente em Serviços de Saúde - Higienização das Mãos.....	115
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança na Prescrição uso e Administração de Medicamentos.....	128
10. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. A Inclusão das Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho.....	128
11. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.....	128
12. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Guia Técnico de Riscos Biológicos - NR-32.....	133
13. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.....	142

ÍNDICE

14. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras	168
15. BRASIL. Vigilância Sanitária. Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde	168
16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	168
17. LUCAS, A. J. O Processo de Enfermagem do Trabalho - A Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Ocupacional. 2. ed. São Paulo: Iátria, 2010.....	175
18. MORAES, M. V. G. Sistematização da assistência de enfermagem em saúde do trabalhador. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2008....	176
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIIm). Calendário de Vacinação SBIIm Ocupacional. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações.....	177

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico de Enfermagem

ACIDENTES DE TRABALHO

Os profissionais de enfermagem estão expostos a diversos fatores de riscos, tais como as jornadas de trabalho exaustivas, horários de descanso inadequados, riscos ergonômicos, entre outros. A equipe hospitalar, em especial aqueles inseridos em setores críticos como a Unidade de Terapia Intensiva, estão altamente expostos a riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.

Dentro dos riscos físicos, destaca-se os níveis de ruídos elevados dentro de ambientes de saúde, sendo que a exposição a essas condições podem influenciar no comprometimento físico e mental dos indivíduos, além do comprometimento auditivo acentuado.

No ambiente hospitalar, determinados aparelhos produzem alarmes que podem gerar dificuldade na comunicação entre os membros da equipe, dificultar o descanso e provocar distúrbios do sono. Alguns profissionais relatam que mesmo fora do ambiente de trabalho são capazes de ouvir o alarme sonoro de alguns aparelhos.

Também cabe ressaltar que os profissionais da enfermagem são expostos a desgastes psicofísicos, uma vez que há sobrecarga psíquica por estarem em constante imprevisibilidade quanto às condições de saúde dos pacientes. Sabe-se que esses profissionais estão em constantes situações que provocam ansiedade.

Quanto aos riscos químicos, a enfermagem realiza o manuseio de substâncias químicas e medicações constantemente durante a prática profissional. Esses produtos podem causar desde alergias simples de pele até lesões graves como queimaduras e neoplasias.

Outra consequência gerada pelo contato direto e constante com substâncias químicas é a irritação e inflamação das vias aéreas, podendo progredir até mesmo para quadros mais agudos como edema pulmonar e derrames pleurais. Além disso, sintomas mais leves como tosse, rinite e dor no peito devem ser tomados como sinais de alerta para a grande exposição tóxica.

É necessário a utilização de maneira adequada de equipamentos de proteção individual com o intuito de minimizar a exposição aos riscos químicos, físicos e biológicos. Em tempos de pandemia, a utilização da máscara tornou-se essencial para dificultar a contaminação e disseminação do vírus da COVID-19. Contudo, esse equipamento também é capaz de prevenir o contato com substâncias químicas, gases e respingos e proteger efetivamente o profissional de saúde.

Dentro de uma unidade de saúde, os riscos ocupacionais estão amplamente distribuídos, variando de acordo com a exposição, sendo que alguns profissionais estão mais expostos que outros.

Dentre eles, a enfermagem está altamente exposta a contaminação por manipulação de objetos perfurocortantes e por estar em contato direto com secreções e fluidos corporais de pacientes.

Danos Causados ao Trabalhador

As estatísticas da Previdência Social, que registram os acidentes e doenças decorrentes do trabalho, revelam uma enorme quantidade de pessoas prematuramente mortas ou incapacitadas para o trabalho.

Os trabalhadores que sobrevivem a esses infortúnios são também atingidos por danos que se materializam em:

- Sofrimento físico e mental;
- Cirurgias e remédios;
- Próteses e assistência médica;
- Fisioterapia e assistência psicológica;
- Dependência de terceiros para acompanhamento e locomoção;
- Diminuição do poder aquisitivo;
- Desamparo à família;
- Estigmatização do acidentado;
- Desemprego;
- Marginalização;
- Depressão e traumas.

Acidente do Trabalho

É aquele decorrente do exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade do trabalho.

Doenças Decorrentes do Trabalho

Doença ocupacional

É a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade.

Doença do trabalho

É a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

NÃO são consideradas como doenças do trabalho

- A doença degenerativa = diabetes;
- A inerente a grupo etário = o reumatismo;

- A que não produza incapacidade laborativa = a miopia; e
 - A doença endêmica, a exemplo da malária, adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

EQUIPARA-SE ao acidente de trabalho

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para a redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência (excesso de confiança), de negligência (falta de atenção) ou de imperícia (inabilitação) de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão, por exemplo, o louco;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos (quedas de raios) ou decorrentes de força maior (enchentes);

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhorar capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; e

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado;

V - nos períodos destinados à refeição ou ao descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

Principais Causas dos Acidentes e Doenças do Trabalho

Inúmeros fatores contribuem para a ocorrência de acidentes e doenças nos locais de trabalho. Geralmente, adotam-se concepções simples e erradas para aquilo que causou os acidentes ou doenças, buscando-se, desta forma, o consolo para os infortúnios através da alegação de que foi coisa do destino, má sorte, obra do acaso, castigo de Deus.

Na verdade, todos os acidentes podem ser evitados se providências forem adotadas com antecedência e de maneira compromissada e responsável.

Estudos nacionais e internacionais informam que a maioria dos acidentes e doenças decorrentes do trabalho ocorre, principalmente, por:

- Falta de planejamento e gestão gerencial compromissada com o assunto;

- Descumprimento da legislação;

- Desconhecimento dos riscos existentes no local de trabalho;

- Inexistência de orientação, ordem de serviço ou treinamento adequado;

- Falta de arrumação e limpeza;

- Utilização de drogas no ambiente de trabalho;

- Inexistência de avisos, ou sinalização sonora ou visual sobre os riscos;

- Prática do improviso (jeitinho brasileiro) e pressa;

- Utilização de máquinas e equipamentos ultrapassados ou defeituosos;

- Utilização de ferramentas gastas ou inadequadas;

- Iluminação deficiente ou inexistente;

- Utilização de escadas, rampas e acessos sem proteção coletiva adequada;

- Falta de boa ventilação ou exaustão de ar contaminado;

- Existência de radiação prejudicial à saúde;

- Utilização de instalações elétricas precárias ou defeituosas;

- Presença de ruídos, vibrações, calor ou frio excessivos; e

- Umidade excessiva ou deficitária.

Prevenção de Acidentes

Acidentes de Trabalho são dos maiores causadores de pedidos de indenização junto à Justiça do Trabalho. Ainda que o ambiente laboral ofereça meios para manter a segurança e o bem estar dos funcionários – como a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual– os riscos de acidentes podem ocorrer quando não há preparo da equipe.

Locais que oferecem riscos fazem com que os empregados trabalhem com medo, o que interfere diretamente na produtividade e na relação entre patrão e funcionário.

A ocorrência de um acidente de trabalho assegura o direito à indenização para a vítima ou a família dela. Existem diversos parâmetros de indenização que são estabelecidos mediante as consequências do sinistro ocorrido com o trabalhador: incapacidade temporária, incapacidade permanente ou morte.

Entretanto, o problema pode ser solucionado com a aplicação de métodos que garantam a diminuição desses riscos, além da contratação de profissionais especializados em segurança do trabalho. Neste sentido, destacamos cinco dicas para que os empregadores fiquem livres das indenizações:

Invista em Treinamento: O treinamento é a melhor maneira de fazer com que o funcionário conheça a função que será exercida. A partir daí, é possível garantir que o indivíduo estará preparado para executar o trabalho, sem oferecer riscos ou prejuízos à equipe e ao empregador.

Comunique os colaboradores sobre as condições de trabalho: O gestor deve comunicar ao empregado sobre os riscos e condições relativas à função e ao espaço em que ele irá operar. Essa informação deve ser garantida por meio do treinamento e também com a fixação de avisos em paredes e murais, bem como com a divulgação de informes e sinalizações específicas nos equipamentos e em todo o ambiente.

Ofereça Equipamentos de Segurança corretos: Uma das obrigações dos empregadores é oferecer os Equipamentos de Proteção Individual aos funcionários que exercem atividades de risco. Além de fornecer, o responsável deve fazer vistorias frequentes para certifi-

car que os equipamentos estão sendo utilizados de forma correta, evitando acidentes de trabalho. Os EPIs devem ser usados quando os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) não forem eficientes. Atualmente, existem diversos treinamentos em segurança oferecidos por empresas especializadas que aumentarão as garantias de segurança do trabalho e o uso dos EPIs na sua companhia.

Estabeleça um bom relacionamento com a CIPA: A instalação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) também faz parte de Norma Regulamentadora (NR-5) para a garantia de melhores condições de saúde e trabalho a todos os funcionários. Ela é formada por um grupo de trabalhadores da instituição, com o objetivo de traçar um mapa dos riscos e implementar ações de prevenção de acidentes. Para que o empregador se previna contra indenizações, é fundamental que ele tenha um bom relacionamento com a CIPA e siga as orientações sobre a utilização dos EPIs e divulgação de conteúdo para a equipe. Outro ponto importante é que haja um debate conjunto das ações que serão executadas no caso de algum incidente.

Garanta sistemas de comunicação rápida: Utilizar sistemas de comunicação rápida é uma importante ferramenta para acontecimentos inesperados. Com eles, é possível fazer contato com toda a equipe para, por exemplo, desocupar rapidamente uma área em risco ou remover trabalhadores feridos.

Prevenir acidentes de trabalho, além de afastar as indenizações, é manter a qualidade do serviço prestado e reforçar a produtividade. Um quadro de funcionários seguro e saudável assegura uma imagem positiva da empresa junto ao mercado de trabalho.

Investigação de Acidentes¹

Apesar da filosofia predominante na gerência de riscos ser o desenvolvimento de ações de prevenção antes da ocorrência de perdas, deve-se mencionar outro meio empregado para a identificação de riscos, que é a investigação de acidentes.

Cada indústria apresenta particularidades em relação ao espaço físico, produto fabricado, processo, tipo de máquinas e equipamentos, característica socioeconômica da região onde se localiza a indústria. Esses detalhes podem criar riscos de acidentes de difícil detecção.

Em casos de acidentes do trabalho, uma investigação cuidadosa por meio de verificação dos dados relativos ao acidentado como comportamento, atividade exercida, tipo de ocupação, data e hora do acidente, poderá levar a identificação de determinados perigos e riscos. Isso é um engano, pois trabalhamos com pessoas, que tem seus próprios pensamentos, crenças, etc. Portanto, não há como evitar todos os acidentes, ainda que ocorram por falhas do próprio empregado. Trabalha-se para evitar os acidentes, mas, nem sempre é possível (NETO, 2012).

Logo, essa atividade é baseada na capacidade de dedução e/ou indução do técnico responsável pela investigação e não somente em conhecimentos teóricos. A partir da descrição do acidente, de informações recolhidas junto ao encarregado da área, de um estudo do local do acidente, da vida pregressa do acidentado, poderão ser determinadas as causas do acidente e propostas as medidas necessárias para evitar a sua repetição.

¹ RUPPENTHAL, Janis Elisa. Gerenciamento de riscos. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Técnico Industrial de Santa Maria; Rede e-Tec Brasil, 2013.

Etapas Envolvidas na Investigação de um Acidente

As etapas descritas a seguir são baseadas em Gueiros (2009):

- a) Informar o acidente a uma pessoa designada dentro da organização.
- b) Providenciar primeiros socorros e assistência médica a pessoas acidentadas e prevenir futuras lesões.
- c) Investigar.
- d) Identificar as causas.
- e) Elaborar um relatório.
- f) Desenvolver um plano para ações corretivas.
- g) Implementar o plano.
- h) Avaliar a efetividade das ações corretivas.
- i) Desenvolver mudanças para contínuas melhorias.

Um intervalo de tempo, não muito longo, deve ser empregado entre o momento do acidente e o início da investigação. Dessa forma, será possível observar as condições exatamente como elas estavam ao tempo do acidente, prevenir a perda de evidências e indícios e identificar as testemunhas. Algumas ferramentas podem ser necessárias para a equipe de investigação, incluindo câmeras e gravadores, visando agilizar o tempo.

Modelo de causas de acidentes

As causas podem ser agrupadas em cinco categorias – tarefa, material ambiente, pessoal e gestão.

Tarefa

- a) Foram utilizados procedimentos de segurança?
- b) Houve mudanças nas condições que pudessem tornar os procedimentos inseguros?
- c) As ferramentas e materiais apropriados estavam disponíveis?
- d) Os equipamentos de segurança estavam funcionando de forma apropriada?
- e) Os empregados foram obrigados a trabalhar de forma insegura?

Para a maioria das questões, acrescente: se não, por quê?

Material

- a) Algum equipamento falhou?
 - b) O que causou a falha?
 - c) Os equipamentos tem um design ergonômico?
 - d) Havia substâncias perigosas envolvidas?
 - e) Havia uma substância menos perigosa disponível?
 - f) A matéria-prima estava fora dos padrões?
 - g) Os EPIs estavam sendo utilizados?
 - h) O uso dos EPIs foi precedido de treinamento?
- Para todas as perguntas, “se não, por quê?”.

Ambiente do trabalho

Quais as condições do ambiente – ruído, calor, frio, iluminação, gases, poeiras, fumos?

Pessoal

- a) Os trabalhadores eram experientes no trabalho?
- b) Eles estavam adequadamente treinados?
- c) Eles podiam fisicamente fazer o trabalho?
- d) Qual a situação de saúde deles?
- e) Eles estariam apresentando fadiga?
- f) Eles estariam submetidos a stress (do trabalho ou pessoal)?

REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS.

Prezado(a),

A fim de atender na íntegra o conteúdo do edital, este tópico será disponibilizado na Área do Aluno em nosso site. Essa área é reservada para a inclusão de materiais que complementam a apostila, sejam esses, legislações, documentos oficiais ou textos relacionados a este material, e que, devido a seu formato ou tamanho, não cabem na estrutura de nossas apostilas.

Por isso, para atender você da melhor forma, os materiais são organizados de acordo com o título do tópico a que se referem e podem ser acessados seguindo os passos indicados na página 2 deste material, ou por meio de seu login e senha na Área do Aluno.

Visto a importância das leis indicadas, lá você acompanha melhor quaisquer atualizações que surgirem depois da publicação da apostila.

Se preferir, indicamos também acesso direto ao arquivo pelo link a seguir:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf

Bons Estudos!

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZA SUS. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: A HUMANIZAÇÃO COMO EIXO NORTEADOR DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E GESTÃO EM TODAS AS INSTÂNCIAS DO SUS. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004

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. Estimulo 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 acompanha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pósgraduação 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.