

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP**

EDNA FERNANDES DA ROCHA LIMA

**O ATENDIMENTO HUMANIZADO NO PRONTO SOCORRO
DO INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FMUSP: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**São Paulo
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP**

EDNA FERNANDES DA ROCHA LIMA

**O ATENDIMENTO HUMANIZADO NO PRONTO SOCORRO
DO INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FMUSP: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de **MESTRE EM SERVIÇO SOCIAL**, sob a orientação da **Prof^a Dr^a MARIA LÚCIA CARVALHO DA SILVA**

São Paulo

2007

Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que sempre estiveram presentes nos momentos mais importantes de minha vida.

Aos meus pais, primeiramente, por terem me proporcionado amor, carinho, atenção, educação, enfim, tudo que um filho precisa para ter uma boa formação como a que os meus pais me ofereceram e que considero a melhor do mundo! Também dedico ao meu irmão, Edilson, que teve o privilégio de compactuar destes mesmos exemplos de vida.

Ao meu amado esposo, Renato, que nestes anos de convivência tem compartilhado comigo momentos de desafios, mas também de conquistas. Com certeza, se não fosse o seu apoio, estímulo e compreensão, esta caminhada teria sido bem mais árdua. Eu não tenho palavras para conseguir expressar o que realmente ele representa em minha vida...

AGRADECIMENTOS

O momento dos agradecimentos é um momento muito importante. No meu caso, tenho tantas pessoas a quem devo o meu infinito agradecimento para poder realizar este trabalho...

Primeiramente, agradeço a Deus Pai, por ter me possibilitado todas as conquistas de minha vida, sempre me permitindo que eu alcançasse os meus objetivos sem que desistisse no meio do caminho, e tenho fé Nele que hei de conquistar muitos outros.

A todos os entrevistados e aos profissionais do Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas, em especial, à equipe do Serviço Social do PS pelo apoio, compreensão e total disponibilidade em contribuir para a realização deste trabalho. Após a minha saída do hospital (que diga-se de passagem, foi uma decisão muito difícil), foi fundamental o apoio desta ilustre equipe de assistentes sociais. À diretora Dolores e à assistente social chefe Sônia, meus eternos agradecimentos pelas idéias e disponibilidade em fornecer informações e dados que contribuíram para a pesquisa. Às assistentes sociais Sandra, Tina, Nilse, Dilma, Carmem, Cinira, um super beijo. Não poderia deixar de agradecer à diretora do Serviço Social de Enfermaria, Nísia pelas discussões e à diretora da Divisão de Serviço Social Médico, Teca que também apoiou a continuidade e concretização dos estudos.

À Letícia, assistente social do NADI-HC, que me estimulou a iniciar a caminhada rumo ao mestrado, orientando, trocando idéias, e que neste momento se encontra finalizando o seu doutorado. Boa Sorte!!!

À Profa. Dra. Sandra Márcia pelas sugestões e reflexões, não apenas na qualificação, mas em outros momentos anteriores que se iniciaram durante o meu curso de aprimoramento no HC.

À Profa. Dra. Regina, do Núcleo de Estudos e Pesquisas Saúde e Sociedade, pelas contribuições no exame de qualificação e também pelas proveitosas reflexões durante as leituras de textos e trabalhos realizados durante o referido núcleo.

Agradeço ainda a todos professores do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUC pelo aprendizado propiciado no período do mestrado e que são essenciais para os profissionais que optam em trilhar e construir os caminhos rumo à pesquisa e investigação científicas.

Às amigas que tive o imenso prazer de cultivar durante as disciplinas, atividades programadas e núcleos cursados, em especial à Elba, Sandra Andréa, Carla Agda, Marisa e Mara Thereza, que foi minha professora na graduação. Agradeço também à secretária Kátia, que sempre foi atenciosa e prestativa.

Não poderia deixar de agradecer as colegas do Fórum de Itaquera, que colaboram e entenderam os momentos em que estive ausente para realizar este estudo, especialmente as chefias, assistentes sociais Cássia e Cris Valim, que compreendendo a importância deste trabalho, me liberaram para as pesquisas e orientações.

À minha grande amiga, Silmara, que mesmo distante, demonstrou incentivo e sempre torceu por mim. Valeu amiga!

À Profa. Dra. Maria Lúcia Carvalho da Silva, orientadora com quem tive o privilégio de conviver e, principalmente, aprender muito durante a realização do mestrado. As indagações feitas que me levaram a constantes reflexões, os diálogos nos momentos mais difíceis e cruciais, e o aprendizado são coisas que terei comigo para sempre... À você Malu, meu profundo agradecimento por tudo. Que Deus a abençoe mais ainda, porque você já é abençoada!

E, claro, a CAPES, que financiou os meus estudos e a concretização desta pesquisa.

OS MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS A TODOS!!!

(...) Caminhando e cantando e seguindo a canção

Somos todos iguais braços dados ou não

Os amores na mente, as flores no chão

A certeza na frente, a história na mão

Caminhando e cantando e seguindo a canção

Aprendendo e ensinando uma nova lição.

(Pra não dizer que não falei das flores, Geraldo Vandré)

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HCFMUSP**



INSTITUTO CENTRAL

RESUMO

A presente dissertação de mestrado teve como objeto o estudo do processo de efetivação da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Objetivou-se conhecer e analisar os significados desta Política nas percepções dos ex-coordenadores do Comitê de Humanização, do coordenador da Hospitalidade e da equipe profissional do Pronto Socorro. Definiu-se como hipótese que o HumanizaSUS no Pronto Socorro vem sendo efetivado de forma gradual e parcial, embora revele potencialidades favoráveis a um processo de efetivação com vistas à consolidar-se. A metodologia englobou pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa de campo de caráter qualitativo e observação participante da pesquisadora. Foi utilizada a técnica de metodologia da História Oral através de entrevistas semi-estruturadas baseadas em roteiros com 9 sujeitos. Para a análise dos dados obtidos foi adotada a técnica de análise de conteúdo. Os conceitos referenciais eleitos foram Saúde, Humanização, Urgência e Emergência e Cultura. Os resultados evidenciaram que a implementação da Política Nacional de Humanização é recente no Hospital das Clínicas com diferentes limites e desafios institucionais para a sua efetivação cotidiana, porém, as práticas profissionais no Pronto Socorro têm buscado concretizar principalmente o acolhimento, o respeito aos usuários em sua integridade enquanto pessoa e o desenvolvimento de co-responsabilidade profissional na prestação dos serviços de saúde. Em relação ao Serviço Social, verificou-se o empenho e a contribuição a todos os aspectos que digam respeito ao direito social à saúde e à cidadania dos usuários do SUS.

Palavras-chave: Humanização, Saúde, Política, Assistência Hospitalar, Pronto Socorro, Serviço Social, História Oral, Cultura.

ABSTRACT

This Masters thesis had as its objective to study the implementation process for the National Humanization Policy for the Federal healthcare system – HumanizaSUS, on the Emergency Service of the University of São Paulo Medical School’s Hospital das Clinicas Teaching Hospital. The aim was to gain knowledge of and analyze the meaning of this Policy in the perceptions of the former coordinators of the Committee for Humanization, the coordinator of Hospitality, and the professional team of the Emergency Service. The hypothesis was established that the HumanizaSUS program on the Emergency Service is being implemented gradually and partially, although it reveals favorable potential as a permanent process, and the aim is to consolidate it. The methodology was comprised of bibliographical research, documentary research, qualitative field research, and participative observation by the researcher. The methodological technique of oral histories was used, employing semi-structured interviews based on a script with 9 subjects. For analyzing the data obtained, the technique of content analysis was used. The reference concepts chosen were Health, Humanization, Urgency and Emergency, and Culture. The results indicated that the implementation of the National Humanization Policy is recent at Hospital das Clinicas, with different institutional limits and challenges for its implementation on a day-to-day basis. However, professional practices on the Emergency Service have sought to achieve especially the values of a welcoming attitude, respect for users as whole people, and the development of professional co-responsibility in the provision of health care. As regards the Social Services staff, their efforts and contribution to all aspects relating to respect for the right to health care and citizenship of SUS users was noted.

Key words: Humanization, Health, Politics, Health Care, Emergency, Social Services, Oral History, Culture.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - A SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990 E INÍCIO DO SÉCULO XXI	20
1 – Alguns Antecedentes Históricos da Saúde e Formação do Sistema Único de Saúde – SUS.....	21
2 – Fundamentos legais da implementação do SUS	29
3 – O SUS e a Participação do Serviço Social	35
CAPÍTULO II - A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	44
1 - Primeiras referências da humanização na Saúde	44
2 – O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.....	47
3 – A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS	53
4 – Aproximações Conceituais Atuais da Humanização	58
CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP	65
1 – Breve Histórico da Trajetória do Hospital das Clínicas e do Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP	66
2 – Organização e dinâmica do atendimento do Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP	68
3 – Atribuições e Práticas do Serviço Social do Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP	74
CAPÍTULO IV - SIGNIFICADOS DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NO PRONTO SOCORRO DO INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP NAS PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS.....	86
1 – O processo de institucionalização da Política Nacional de Humanização no HCFMUSP	86
2 – O processo de efetivação do atendimento humanizado no Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP	102
3 – O processo de atuação do Serviço Social no Atendimento humanizado no Pronto Socorro: reforçando o direito social à saúde e à cidadania.....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	130

INTRODUÇÃO

A Saúde, reconhecida como dever do Estado e direito do Cidadão no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, completa o tripé da Seguridade Social, ao lado da Assistência e Previdência Social. Entretanto, os avanços obtidos nesta área são resultantes de lutas e conquistas da sociedade através dos movimentos que ocorreram ao longo dos anos e que se expressaram na referida Constituição de 1988.

No final dos anos 1970, caracterizado pela insatisfação popular com os serviços prestados na Saúde, houve expressiva mobilização da sociedade dando origem ao Movimento de Reforma Sanitária. Foi a partir deste movimento que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesta Conferência, a Saúde ganha um sentido amplo, no qual a educação, habitação, trabalho e transporte também fazem parte deste processo, contando com a relevante participação das instituições de Saúde, de profissionais e da sociedade, o que levou à criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS propõe o acesso gratuito aos serviços de Saúde a todos os cidadãos, sendo este um grande avanço em termos de direito social, conquistado no início dos anos 1990.

A partir da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Leis 8080/90 e 8142/90), o Sistema Único de Saúde – SUS – foi implementado no Brasil.

Como princípios básicos, o SUS defende a universalidade, igualdade e equidade e, como diretrizes, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.

Apesar das conquistas alcançadas na Saúde, o acesso aos serviços ainda é deficitário, tanto pela falta de recursos, como pela falta de profissionais suficientes para atender à demanda populacional.

Além disso, tais conquistas ocorrem concomitante ao avanço das políticas neoliberais na sociedade, que tendem a transformar os direitos sociais em mercadorias, desresponsabilizando o Estado na garantia destes direitos, o que prejudica o acesso da população às políticas sociais, inclusive da Saúde.

As dificuldades que os usuários vêm enfrentando para receber atendimento médico se iniciam no nível primário de atenção à Saúde. Mesmo nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, a espera para uma consulta médica chega ser de 3 a 6 meses, fazendo com que recorram a outros serviços de saúde, entre eles os

serviços de emergências na expectativa de que seu problema de saúde seja imediatamente resolvido.

Já nos níveis secundário e terciário, estas questões tendem a ser ainda mais problemáticas devido o grande número de usuários e a falta de profissionais especializados que possam dar conta das necessidades da população.

O resultado disso são filas enormes, longo tempo de espera entre a marcação de consulta e o atendimento médico, falta de equipamentos e insumos que subsidiem os profissionais na busca precisa de diagnóstico e falta de medicamentos, entre outros.

Foi na tentativa de superar este quadro que em 2001 foi proposto pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, objetivando resgatar os valores humanos como o respeito ao próximo e atendimento com dignidade, o que, com o avanço tecnológico, ficou prejudicado, dificultando o contato na relação médico-usuário.

Em 2003, a humanização ganha “status” de Política, ocasião em que o Ministro de Saúde da época propôs a “Política Nacional de Humanização” – HumanizaSUS. De caráter mais abrangente, esta política se estende a todos os níveis de saúde, ou seja, desde a atenção básica ao atendimento no nível terciário.

Um dos focos é a mudança de cultura das organizações, viabilizando um contato humano em que prevaleça o respeito ao próximo, com a participação de todos os atores envolvidos neste processo: usuários, profissionais de saúde, gestores e a comunidade.

A humanização na área da Saúde é um tema que vem sendo muito discutido, ocupando espaços no que se refere as reflexões e propostas na prática profissional.

Foi a partir da nossa experiência enquanto assistente social atuando no Serviço de Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, hospital de referência, que surgiram as inquietações que resultaram na realização deste estudo.

Em nossa prática diária, percebíamos uma demanda intensa que exigia dos profissionais disponibilidade em atender e resolver as necessidades dos usuários, que nem sempre estão ao alcance, nem tampouco dependem especificamente do assistente social para serem solucionadas. Essa população geralmente chegava ao Serviço Social emocionalmente fragilizada por conta da situação de doença pela qual estava passando, seja o próprio usuário ou a família, além das dificuldades enfrentadas no próprio Sistema de Saúde. Os usuários atendidos pelo Serviço

Social apresentavam problemáticas geradas, desde o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde – UBS, até o atendimento no Pronto Socorro.

Frente à realidade de um serviço destinado aos casos de emergência da capital e da região metropolitana de São Paulo, e a procura espontânea dos usuários que buscam resolver o seu problema naquele Serviço de Pronto Socorro, é que surgiram as primeiras indagações.

O primeiro questionamento foi como a equipe profissional do Pronto Socorro poderia proporcionar um atendimento de qualidade, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, tendo em vista as demandas emergenciais inerentes a um Serviço de Emergência.

Uma segunda indagação foi a visão do papel da equipe profissional sobre o atendimento humanizado e suas percepções acerca das ações direcionadas à população usuária dos serviços de saúde.

Um terceiro questionamento que nos perturbava constantemente era como o assistente social poderia contribuir de maneira efetiva nesse processo de humanização com vistas à efetivação do direito social à saúde e à cidadania.

A partir destes questionamentos definimos como hipótese desta pesquisa que o processo de efetivação da Política Nacional de Humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP, vinha sendo gradual e parcialmente implantado, apresentando limites institucionais, quer de demanda muito volumosa de usuários, quer do número insuficiente de profissionais para o atendimento. Também a necessidade de conhecimentos mais precisos e objetivos sobre o HumanizaSUS, além das dificuldades estruturais inerentes ao Sistema Único de Saúde. Este momento do HumanizaSUS no Pronto Socorro do HCFMUSP significava uma trajetória em construção de atendimento e de enfrentamento com possibilidades crescentes de superação dos limites identificados.

Desta forma, delimitamos como objeto deste estudo a análise do processo de efetivação da Política Nacional de Humanização no Pronto Socorro do Instituto Central – HCFMUSP – na visão dos ex-coordenadores do Comitê HumanizaHC, da coordenadora da Hospitalidade e da equipe profissional, ressaltando a contribuição das práticas dos assistentes sociais.

A pesquisa foi de natureza qualitativa, que segundo CHIZZOTTI (1998), tem dentre os seus pressupostos, a relação dinâmica existente entre o sujeito e o mundo real. Neste sentido, permite a apreensão dos aspectos específicos e significados latentes do tema, pois “privilegia algumas técnicas que coadjuvam a descoberta dos

fenômenos latentes tais como a observação participante, história ou relatos de vida, entrevista não diretiva etc.” (1998, p. 85).

Para MARTINELLI (1999),

(...) essa pesquisa [qualitativa] tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que os sujeitos tem a me dizer a respeito. (p. 21-22).

A partir desta compreensão de pesquisa qualitativa, foi utilizada a Metodologia da História Oral que possibilita a análise dos relatos dos sujeitos e suscita sua reflexão sobre as questões apresentadas. Segundo MEIHY “a necessidade da história oral se fundamenta no direito de participação social e nesse sentido está ligada à consciência da cidadania” (2005, p. 24).

Tratando-se de uma pesquisa, cujo tema é a Humanização em Saúde, optamos então pela história oral temática que, segundo MEIHY (2005), pode ser utilizada em diferentes áreas do conhecimento acadêmico na apresentação de trabalhos analíticos. Em geral, a história oral temática alia fontes orais a documentos escritos.

A história oral temática permite que a opinião dos sujeitos sobre determinado assunto seja conhecida, trazendo ao entrevistador não apenas informações que serão úteis à pesquisa, como também enriquecendo as suas experiências.

A pesquisa em pauta compreendeu três momentos ou passos inter-relacionados. O primeiro momento destinou-se a pesquisa bibliográfica, através da qual foi se construindo os referenciais teóricos. Ao levantamento bibliográfico seguiu-se a pesquisa documental.

MARSIGLIA (2006), salienta a importância de se obter uma pesquisa bibliográfica sobre diversos autores que discutem o mesmo tema com diversos posicionamentos. Nesse sentido, as pesquisas bibliográficas, que fundamentam teoricamente as análises, foram realizadas durante todo o período do mestrado através de levantamentos de livros, artigos e teses/dissertações da Faculdade de Saúde Pública, monografias do HCFMUSP, além de consultas em sites da Internet. Devido o tema Humanização ser recente, sobretudo a Política Nacional de Humanização, que foi instituída em 2003, não existe um grande número de publicações, sendo que maioria destas tratam de artigos publicados em revistas especializadas na área da saúde. Segundo NETO,

Esta forma de investigar, além de ser indispensável para a pesquisa básica, nos permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento. Ela visa criar novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido (2004, p. 52-53).

Apesar da limitada produção bibliográfica levantada, a que se teve acesso, não significa, porém, que não houve preocupação da pesquisadora neste sentido. Os conceitos definidos como referenciais foram: Saúde, Humanização, Urgência e Emergência e Cultura.

Com relação à pesquisa documental, foram realizadas leituras de Leis, Programas, cartilhas, jornais do Conselho Regional de Serviço Social, dados estatísticos do Pronto Socorro e documentos internos referentes ao campo de pesquisa que estavam disponíveis na Biblioteca Administrativa do Hospital das Clínicas e no Serviço Social do Pronto Socorro, para que fossem utilizados durante as análises das fontes orais, conforme sugere MEIHY (2005).

O segundo momento foi da pesquisa de campo, ou seja, o espaço do Instituto Central do Hospital das Clínicas, mais precisamente, o Pronto Socorro, *lócus* em que os profissionais realizam cotidianamente as suas práticas profissionais. Os critérios estabelecidos para escolha dos sujeitos foram: profissionais do nível da coordenação dos trabalhos de humanização no Hospital das Clínicas, os responsáveis pelos serviços e áreas que atuam em caráter ininterrupto e assistentes sociais do PS. Dessa maneira, foram escolhidos nove sujeitos de pesquisa a partir dos seus objetivos. São dois ex-coordenadores do Comitê, um coordenador da Hospitalidade do Instituto Central, três diretores do Serviço de Pronto Socorro e três assistentes sociais, sendo profissionais que trabalham nos períodos da manhã, da tarde e do horário noturno. O fato da pesquisadora não ter escolhido sujeitos de outras áreas não significa que haja descaso quanto à importância destes.

Como no Pronto Socorro não existem as diretorias dos demais serviços como Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, entre outros, optamos por entrevistar os sujeitos já mencionados.

Considerando que a pesquisadora fizera parte da equipe profissional do Serviço Social do Pronto Socorro, mantendo proximidade com a maioria dos sujeitos, houve facilidade para obter materiais, dados e realizar as entrevistas com os sujeitos alocados no Serviço Social e também com o coordenador da Hospitalidade que pertencia a Divisão de Serviço Social Médico (DSSM).

Por outro lado, houve relativa dificuldade em realizar as entrevistas com os demais profissionais do Pronto Socorro, dadas as características inerentes a este serviço já que algumas vezes em que agendamos a entrevista, não puderam ser concretizadas devido aos imprevistos que ocorriam.

Os contatos com os ex-coordenadores do Comitê HumanizaHC foram mais trabalhosos porque estes pertencem a outros institutos do Complexo, e além disso não fazem parte da atual coordenação. No período da pesquisa o Comitê HumanizaHC teve dois coordenadores da área não médica, e por isso, foram realizadas entrevistas com estes sujeitos, a fim de obter dados completos deste período. Devido a tais dificuldades, estas foram as últimas entrevistas realizadas pela pesquisadora.

Apesar da pesquisadora ter a intenção de entrevistar o responsável pela Ouvidoria do Instituto Central, isto não foi possível, pois durante o período delimitado para as entrevistas havia vacância deste cargo no referido órgão.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, após aprovação do projeto pela Comissão de Ética para Análise de Projeto de Pesquisas – CAPPesq, isto é, com roteiro de apoio (Anexo I), com os sujeitos. Igualmente, foi solicitado a estes o Termo de Consentimento para a realização das entrevistas (Anexo III).

As datas e horários foram agendados com os entrevistados, conforme a preferência destes. As entrevistas foram gravadas, não havendo recusa de nenhum deles. A fim de mantermos o sigilo dos sujeitos, todos foram identificados por sigla. Os assistentes sociais correspondem às siglas AS-1, AS-2 e AS-3, os diretores de serviços, D-1, D-2 e D-3, os ex-coordenadores do Comitê HumanizaHC e o coordenador da Hospitalidade são identificados por H-1, H-2 e H-3.

O perfil dos entrevistados (Anexo II) revelou oito do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade entre 40 e 63 anos. Todos trabalham no Hospital das Clínicas há mais de 10 anos, e têm nível superior completo, sendo que mais da metade dos entrevistados têm curso de pós-graduação.

Foi também realizada observação participante que, somada a experiência anterior da pesquisadora foi de grande valia para a análise dos resultados.

O terceiro momento da pesquisa foi a construção da sua análise tendo sido escolhida a análise de conteúdo, que segundo MINAYO (2004), significa a articulação teórica com os resultados das investigações realizadas durante as pesquisas.

Nesta fase, foram articulados os conceitos referenciais da pesquisa com os conteúdos das respostas dos sujeitos nas entrevistas. Dessa forma, foi possível construir três núcleos analíticos que abrangem todos os relatos.

MARSIGLIA (2006), enfatiza a necessidade do material coletado ser lido mais de uma vez, o que facilita a seleção de recortes para a construção de núcleos a serem analisados. O primeiro núcleo, da implementação, visa analisar a formação do Comitê e sub-grupos de humanização no Hospital das Clínicas e as suas repercussões no Pronto Socorro do Instituto Central.

O segundo núcleo, da efetivação, busca analisar compreensão dos entrevistados sobre o significado do atendimento humanizado e quais as práticas realizadas. O terceiro núcleo, das práticas dos assistentes sociais, aponta quais as intervenções dos assistentes sociais na perspectiva do direito social a saúde e à cidadania.

A estrutura da dissertação compreendeu quatro capítulos, a saber:

O capítulo I, **A Saúde no Brasil na Década de 1990 e Início do Século XXI**, discorre sobre os antecedentes da saúde até a formação do SUS, os seus fundamentos legais e sobre a participação do Serviço Social no Sistema Único de Saúde.

O capítulo II, denominado **A Questão da Humanização da Saúde**, procura abordar o conceito de humanização a partir do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, da Política Nacional de Humanização, apresentando ainda aproximações conceituais atuais, por autores que vêm produzindo estudos sobre esta temática..

O capítulo III, **Caracterização do Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP**, apresenta um breve histórico sobre a formação do Hospital das Clínicas e do Pronto Socorro até os dias atuais, descrevendo a organização deste serviço, bem como as atribuições e práticas do serviço social.

O capítulo IV, **Significados do Atendimento Humanizado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas - FMUSP nas Percepções dos Entrevistados**, expressa a análise dos resultados obtidos na pesquisa, sobre o processo de humanização, na visão dos ex-coordenadores e profissionais do Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP, com enfoque nas práticas dos assistentes sociais, voltadas à efetivação do direito social à saúde e à cidadania.

Nas Considerações Finais, apresenta-se, a partir de uma síntese dos resultados obtidos, reflexões sobre a possibilidade de avanços do atendimento humanizado no Pronto Socorro.

CAPÍTULO I - A SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990 E INÍCIO DO SÉCULO XXI

Para se discutir a Política de Saúde, é necessária a compreensão do significado de saúde propriamente dita.

A definição de saúde mais difundida é a da Organização Mundial de Saúde: “Saúde é o completo bem-estar físico mental e social”.

Criada após o fim da II Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde preocupou-se em traçar uma definição positiva de saúde. O “bem-estar” que está expresso na definição, caracteriza a preocupação com a destruição causada pela guerra¹.

Já os autores SEGRE & FERRAZ (1997) consideram que esta definição da OMS é ultrapassada, pois exprime a saúde como algo inatingível. Os autores entendem que o termo “bem-estar”, está relacionado a crenças e valores pessoais.

Christopher Boorse² no ano de 1977 definiu a saúde como a simples “ausência de doença”, definição esta naturalista em oposição à da OMS. Segundo BOORSE (1977) apud ALMEIDA FILHO & JUCÁ (2002), o bem-estar, a plena capacidade dos saudáveis é o oposto da incapacidade e sofrimento dos enfermos.

ALMEIDA FILHO (2000) considera que a saúde não é o oposto de doença, e, portanto, não pode ser entendida como “ausência de doença”. Ele enfatiza que na prática clínica não é raro identificar indivíduos produtivos sem sinais evidentes de comprometimento da saúde e que são portadores de doenças ou sofrem de agravos ou seqüelas parciais.

Entretanto, há pacientes que apesar de apresentarem algum tipo de comprometimento, não têm evidências clínicas. Desse modo, o autor entende que existindo ou não uma patologia, deve-se levar em conta o seu grau de severidade.

A definição de saúde da Região Européia da Organização Mundial da Saúde, segundo STARFIELD significa que:

À medida que um indivíduo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades é, por outro, [capaz] de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um consenso positivo(2002, p.21).

¹ Wikipedia – enciclopédia livre: www.pr.wikipedia.org consulta em 20/10/2006.

² Ibidem.

Apesar de se verificar que existem várias definições de Saúde, também é importante especificar a clareza de seu significado a partir da legislação brasileira, em que:

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Art. 196°)

Segundo a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, “a Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art.2°).

Conforme a Lei 8080/90, dentre os fatores condicionantes da saúde estão a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a educação entre outros. Neste sentido, a legislação brasileira, no que tange a Saúde, segue os preceitos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, “Diz respeito à saúde as ações que (...), se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições bem-estar físico, mental e social.” (Art. 2ª, Parágrafo Único).

É a partir desta ótica que são tecidas as reflexões sobre a Saúde no Brasil.

1 – Alguns Antecedentes Históricos da Saúde e Formação do Sistema Único de Saúde – SUS

Discutir a Saúde no Brasil nos anos 1990, sobretudo, a partir da efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, é uma condição necessária para compreendermos o momento atual pelo qual atravessa essa política social, inclusive num momento em que tanto se discute a Humanização em Saúde.

A Saúde, reconhecida como direito do cidadão é dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988, completa o tripé da Seguridade Social, ao lado da Assistência e Previdência Social.

Considera-se relevante um breve resgate histórico da saúde no Brasil, citando alguns momentos³. Segundo FERREIRA (1996), as primeiras intervenções do Estado na saúde se deram tardiamente, mais precisamente na década de 1930.

No século XVIII, a assistência à saúde era precária e as práticas médicas ficavam centralizadas, na maior parte, no Rio de Janeiro. Entretanto, tais práticas

³ Tendo em vista que este estudo não visa o resgate histórico da trajetória da saúde no Brasil, sugerimos que se consulte Cohn e Elias (2003) e Ferreira (1996).

eram baseadas na assistência médica particular, e só as camadas mais abastadas tinham acesso por meio dos serviços dos profissionais liberais. Havia também a assistência filantrópica direcionada aos mais pobres, e realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, criadas através de doativos de pessoas ricas e administradas por religiosos; instituições estas sem fins lucrativos.

Nessa época, médicos eram profissionais raros no Brasil, pois não existiam cursos de ensino superior nesta área no país. Muitos médicos vinham de fora (em sua maioria da Europa) para realizar pesquisas. Eram os curiosos e curandeiros que cuidavam da saúde da população o que a sujeitava a entregar sua saúde nas mãos de curiosos, curandeiros entre outros. (SINGER et al. 1978, apud FERREIRA, 1996)

Na metade do século XIX, período em que ocorreu o crescimento das cidades, especialmente no período de transição da economia tipicamente agrícola para a economia industrial, o país enfrentava péssimas condições de saúde e saneamento básico, sendo que o índice maior de mortalidade era por doenças infecto-contagiosas.

Como este quadro afetava a economia brasileira, foi somente no final século XIX e início do século XX que a saúde passou a ser considerada como questão social pelo Estado. Com o avanço científico, surgem novas pesquisas e técnicas de saúde importadas de combate a doenças, diminuindo o índice de mortalidade. Neste mesmo período ocorreu um crescimento nas atividades sanitárias e o surgimento de escolas médicas e institutos de pesquisas.

Vale ressaltar que em 1923, com a aprovação da Lei Elói Chaves, surgiram as primeiras raízes do Sistema Previdenciário no Brasil, sendo criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's (FERREIRA, 1996). Estas CAP's prestavam assistência médica, bem como a concessão de aposentadoria (por tempo de serviço, velhice ou invalidez) e pensão aos dependentes através de recursos financeiros provenientes do financiamento dos empregados e das empresas, de acordo com a categoria destas (marítimas, ferroviárias, etc.). Trabalhadores que não se enquadravam em tais categorias e o restante da população eram atendidos nas Santas Casas ou se valiam de iniciativas populares.

Em 1930, criou-se o Ministério da Saúde e da Educação, que possuía dois Departamentos: o da Educação e o da Saúde e Assistência Médico-Social. Surgiu então no Brasil um Sistema de Saúde que preconizou campanhas de vigilância sanitária. Neste mesmo período as CAP's foram substituídas pelos Institutos de

Aposentadoria e Pensão – IAP's, sendo que a categoria deixou de ser por empresa e passou a ser por categoria profissional.

Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde, que até então era conjunto ao da Educação, devido à necessidade de ações mais específicas voltadas para esta área. Neste sentido, ocorreu um aumento em termos de atividades visando o controle de doenças e de assistência médica. Mesmo com a separação destes Ministérios, a saúde pública pouco avançou.

Já nos anos 1960, com a unificação dos IAPs, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, privilegiando a ênfase na medicina previdenciária, reduzindo os gastos com a saúde pública. Esse modelo, de cunho privatista, priorizava a prática médica curativa, sendo o Estado o financiador (Ferreira, 1996).

Este modelo, porém, apresentou alguns impasses, gerando ônus e corrupção, aliados à crise econômica pela qual o país passava naquele período e o aumento da demanda nos serviços médicos.

Avançando para os anos 1970, quando se criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (1974) e foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (1975), não houve mudanças dada a dicotomia existente entre saúde coletiva e individual.

O Sistema Nacional de Saúde, em seu primeiro artigo, mencionava que os setores públicos e privados de ações voltadas para a saúde, constituíam o Sistema propriamente dito, nos campos do Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência Social, sendo que neste último, já se previa o seu direcionamento para o atendimento individualizado.

Em 1978, foi criado o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, que instituiu, entre outros órgãos, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS e o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, para prestação de serviços de assistência médica e previdenciária, respectivamente.

Com isso, o atendimento médico é desvinculado dos demais benefícios previdenciários, sendo um passo para o processo de universalização da saúde.

Todavia, devido à crise econômica que o país ainda atravessava naquela época, tais mudanças ainda não foram suficientes para alterar substantivamente o quadro da saúde.

Entre o período de 1974-1979, as mudanças ocorridas em termos de políticas de saúde, não tiveram a participação dos trabalhadores e os profissionais de saúde

enfrentaram dificuldades em propor mudanças no sistema vigente devido à pressão dos interesses empresariais (BRAVO, 2007).

Neste período, ocorreu a organização dos diversos setores da sociedade que passou a questionar este Sistema de Saúde.

Segundo CALVACANTI & ZUCCO (2006), o final dos anos 1970 é marcado pela insatisfação da população, denúncias na área da Saúde, o que mobilizou a sociedade a exigir a reforma no Setor.

Foi este contexto que deu origem ao Movimento Sanitário, contando com a participação de profissionais da saúde e representantes de instituições e organizações da sociedade civil.

O Movimento Sanitário, também chamado de Reforma Sanitária, surgiu pela necessidade de se provocar mudanças e transformações na área da saúde, mudanças estas não apenas no sistema, mas em todo o setor, tendo como premissa que a saúde está relacionada à melhoria das condições de vida da população⁴.

Segundo VASCONCELOS (2003), a Reforma Sanitária, foi um processo pela democratização da saúde no qual estavam envolvidos profissionais e intelectuais da saúde, estudantes, a sociedade em geral, cujo princípio era a crítica ao modelo de saúde pautada na dimensão biológica e individual, com ênfase na relação entre a organização social, os serviços de saúde e prática médica. Este movimento afirmava a importância da determinação social da doença para se pensar propostas na área da saúde.

Para SOUSA (2003), a reforma sanitária não significou somente a reforma administrativa da saúde ou descentralização político administrativa, devendo ser compreendida como um novo modelo e uma nova concepção de saúde.

Nos anos 1970 houve um aumento na produção teórica da saúde coletiva a partir de contribuições das ciências sociais, com ênfase nas mudanças que ocorreram na área da saúde devido à crise econômica e as consequências desse processo para a população.

Estes debates trouxeram uma explícita relação das práticas em saúde com a estrutura de classes frente às determinações estruturais e conjunturais da sociedade (BRAVO, 2007).

A partir do movimento de Reforma Sanitária foi criado o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde – PREV-Saúde, que apesar de não ter sido implementado, trouxe à tona uma preocupação com a atenção primária, saúde

⁴ <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

coletiva e com a reorganização do atendimento, ainda que o eixo principal fosse o controle de custos na assistência médica.

Este programa serviu como referência para o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, que por meio do Programa de Ações Integradas da Saúde – PAIS, tinha o propósito de implementar as mudanças no modelo de saúde vigente (VASCONCELOS, 2003).

Em 1985 o PAIS, foi transformado em portaria intersetorial, passando a ser a Ações Integradas de Saúde – AIS – sendo esta uma norma nacional.

Foi este movimento que deu origem a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde como direito do Cidadão e dever do Estado”. Realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, foi um passo importante para a construção do SUS.

Nesta Conferência, o eixo central das discussões foi a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, tendo a saúde um sentido mais abrangente, revelando aspectos das condições de educação, trabalho, transporte, habitação, bem como o acesso aos próprios serviços da saúde.

Conforme consta no relatório final da 8ª Conferência, houve expressiva participação das instituições de Saúde e também das categorias profissionais e da sociedade civil, sendo um marco por ter sido a primeira vez em que houve a participação da população.

Ocorreram dois momentos de discussões, sendo um durante os trabalhos em grupos e outro na assembléia final, com considerável participação democrática e consenso no que se refere aos encaminhamentos, ainda que as propostas de implementação tenham sido diversificadas.

Os temas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram: Saúde Como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento do Setor.

Saúde Como Direito

O entendimento da Saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, trabalho, transporte, lazer, entre outros, expressavam a forma de organização social. Entendeu-se que o conceito de saúde é definido no contexto histórico da sociedade, assim como de seu desenvolvimento a partir das lutas de classe.

Sendo assim, a Saúde como direito deve ser entendida pelo Estado como a garantia, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário aos serviços de proteção, promoção e recuperação de Saúde, em todos os níveis.

Neste sentido, não seria a simples formulação do texto constitucional que garantiria estes direitos, devendo o Estado assumir a Saúde como uma política integrada às políticas econômicas e sociais.

As dificuldades enfrentadas até então, para a aplicação da Saúde como direito são reflexos dos obstáculos estruturais enfrentados na sociedade brasileira, fruto das históricas desigualdades sociais e concentração de renda, sobretudo pelo Estado autoritário durante o período militar, cuja política social era voltada para o controle das classes dominadas.

O resultado foi a fragilidade da organização da sociedade civil que pouco participou da formulação e controle da política e serviços de Saúde.

Diante desse contexto, a área da Saúde ficou à mercê dos interesses de empresários do ramo médico-hospitalar, fazendo com que o setor público não tivesse a credibilidade da população.

Passou-se a discutir então que as responsabilidades básicas do Estado deveriam ser:

- adotar políticas sociais e econômicas capazes de melhorar as condições de vida da população, sobretudo as mais carentes;
- garantir um sistema de saúde com acesso universal e igualitário;
- descentralização;
- normatizar e controlar as ações de saúde.

Dessa forma, o direito à Saúde à toda a população tinha que ser garantido através de uma Assembléia Constituinte democrática e popular. A idéia era assegurar na Constituição condições dignas de existência à toda população, estimulando a participação popular.

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Neste item foi proposta a reestruturação do Sistema de Saúde, já sendo sugerida a formação do **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**, com uma nova estrutura institucional, separando a Saúde da Previdência Social.

Assim sendo, propunha-se a criação de um Ministério Único no que se refere à coordenação em nível federal, estendendo-se aos níveis estadual e municipal.

Foi nesta reformulação que se estabeleceram os princípios de descentralização e fortalecimento do papel do município, integralidade, regionalização e hierarquização, participação popular, universalização e equidade.

No que se refere à política de recursos humanos, foi proposta a isonomia salarial entre as categorias profissionais em todos os níveis: federal, estadual e municipal. Discutiu-se a necessidade da contratação de profissionais por meio de concurso público, a capacitação permanente e a formação de equipes multiprofissionais.

Uma outra questão que sempre esteve presente nesta conferência é o caráter público do SUS, devendo o setor privado estar subordinado à direção estatal. Quanto às empresas internacionais, as relações contratuais devem priorizar a soberania nacional.

No que se refere às atribuições nos níveis federal, estadual e municipal foi proposto:

Federal

- formulação de normas de relacionamento entre os setores público e privado
- controle e execução de programas emergenciais, cujas unidades federativas não pudessem conduzir
- financiamento
- serviços estratégicos como órgãos de pesquisa, produção de medicamentos e insumos.

Estadual

- gestão e coordenação da política nacional de Saúde no respectivo estado
- prestação de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica conjuntamente com os municípios
- executar serviços, sobretudo de níveis secundário e terciário, que por seu custo ou complexidade não podem ser geridos pelo município.

Municipal

- os papéis devem ser definidos conforme as características de cada município com a coordenação do nível estadual
- responsabilidade mínima pela gestão dos serviços básicos de saúde
- os municípios maiores assumiriam a gestão em caráter imediato e os menores em conjunto com a Secretaria Estadual.

Ainda na reformulação do Sistema de Saúde, o relatório apresentou a proposta de que os hospitais universitários e forças armadas fossem integrados ao

Sistema Único de Saúde sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e assistência.

Além da formação de um novo Conselho Nacional de Saúde, cuja representação deveria ser por todas as esferas do governo, centrais sindicais e movimentos populares, foi estabelecida a necessidade de se formar Conselho de Saúde também nos níveis estaduais e municipais, enfatizando a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde.

Para garantir a efetivação das propostas da 8ª Conferência e a continuidade das discussões, considerou-se a necessidade do aprofundamento das questões debatidas e a formação de um grupo: Grupo Executivo de Reforma Sanitária.

Financiamento

Quanto ao financiamento, discutiu-se a necessidade de constituir um orçamento social, destinado às políticas sociais, cabendo uma parcela ao setor da saúde com controle federal a ser repassado aos demais níveis, indo de encontro à proposta de descentralização.

Dessa forma os recursos da Previdência seriam gradativamente separados da saúde, devendo ser criadas outras alternativas. A idéia era que os recursos da Previdência fossem direcionados a um seguro social dos trabalhadores para custear benefícios.

Quanto aos recursos financeiros da saúde, a idéia era que a distribuição não considerasse apenas os fatores de contingente populacional e arrecadação fiscal, devendo-se considerar também as condições de vida, conforme a região.

No que se refere a descentralização, defendia-se que este princípio se concretizaria a partir de uma reforma tributária que eliminasse as formas de financiamento vigentes à época, que fossem estabelecidas fontes viáveis para financiamento da saúde⁵, redução das desigualdades regionais, garantia de recursos aos Estados e aos Municípios para desenvolvimento de programas de saúde, entre outras.

Segundo COHN & ELIAS (2003) os avanços dos debates sobre a saúde consolidaram as mudanças nesse setor. Foi neste contexto que primeiramente surgiu o SUDS – Sistemas Unificado e Descentralizado de Saúde – a partir de

⁵ Observa-se que até hoje há um impasse nesta questão como, por exemplo, o CPMF que foi criado para o financiamento da saúde. A alíquota do COM é de 0,38%, sendo 0,205 para a Saúde, 0,105 para a Previdência e 0,08% para o Bolsa Família.

convênios estabelecidos entre o INAMPS e a Secretaria Estado de Saúde em 1987⁶. A partir da Constituição Federal de 1988, a Saúde então é contemplada em seus artigos 196 à 200.

Observa-se que os referidos artigos trazem explicitamente as propostas elaboradas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde no que se refere ao dever do Estado em prover a saúde aos cidadãos (art 196), descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (art. 198), participação da iniciativa privada em caráter complementar (art. 199) e controle e fiscalização, ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, formação de recursos humanos na saúde (art. 200).

2 – Fundamentos legais da implementação do SUS

No item anterior, viu-se os antecedentes históricos da Saúde no Brasil até o seu reconhecimento como direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Brasileira de 1988.

É por meio da aprovação das Leis 8080/90 e 8142/90, que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde – LOS, que se institui o Sistema Único de Saúde. Apesar desta pesquisa não ter como enfoque o estudo da Lei Orgânica da Saúde, não implicando assim, num estudo aprofundado, avaliamos como pertinente, fazermos referência a esta política, tendo em vista que a Humanização está diretamente ligada a ela.

Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990

Esta Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento, regulando as ações e serviços de saúde.

Assim como na Constituição Federal de 1988, nesta Lei, em seu art. 2º, a saúde é reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, que deve prover os meios para o seu exercício pleno:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de

⁶ Todavia, é válido salientar que mesmo antes da criação do SUDS, já havia um movimento e ações voltadas à descentralização, ainda no período do regime militar. Segundo Elias (2003) foi implementado no ano de 1983 – as AIS – Ações Integradas de Saúde, que posteriormente, após a segunda metade dos anos 80 evoluiu para o SUDS.

condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Lei 8080/90, art. 2º).

Conforme CARVALHO & SANTOS (2001), este direito deve ser garantido por ações governamentais, não ficando apenas nas “promessa” constitucionais. Sendo assim:

A assistência à saúde não pode ficar à mercê de programas governamentais, que podem não acontecer, esvaziando o artigo 196 da Constituição de seu conteúdo, que é a eficácia e a eficiência do Estado no pronto atendimento às necessidades do cidadão. (p. 40).

Os autores entendem que o dever do Estado de prover Saúde gera ao cidadão um direito **subjetivo público**⁷, devendo o Estado, colocá-lo à disposição da população.

São reconhecidamente fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, moradia, meio ambiente, saneamento básico, educação, renda, transporte, entre outros, que expressam a organização social e econômica do país.

Também são consideradas as ações que se destinam garantir a todos os cidadãos as condições de bem-estar físico, mental e social, conforme prevê a OMS.

Em sua disposição preliminar, a Lei 8080/90 define que o conjunto de ações e serviços serão prestados por instituições e órgãos públicos (federais, estaduais e municipais), de Administração direta e indireta, bem como das fundações mantidas pelo Poder Público, constituindo assim, o Sistema Único de Saúde, podendo as instituições privadas participarem em caráter complementar.

Dentre os objetivos do SUS está a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de políticas de saúde que visem o risco de agravo da saúde e a assistência à população através da promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como ações preventivas.

Fazem parte do campo de atuação do SUS as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica e farmacêutica. Além disso, incluem-se a formulação da política de recursos humanos, participação na proteção do meio ambiente, incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, entre outros.

⁷ Grifo nosso.

Princípios e Diretrizes

O SUS, em seu art. 7º definiu que as ações e serviços públicos e privados contratados ou conveniados, devem ser desenvolvidos conforme as diretrizes do art. 198 da Constituição Federal (descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade).

Dentre os seus princípios podemos destacar a universalidade, a integralidade da assistência, a autonomia, a igualdade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, com direção única nas esferas do governo, com ênfase na descentralização dos serviços municipais e regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Segundo CARVALHO & SANTOS (2001), a universalidade garante o acesso à saúde em todos os níveis de assistência, o que não ocorria antes do SUS, já que tinha acesso a tais serviços quem era contribuinte previdenciário.

No que se refere à integralidade da assistência, esta relaciona às atividades de cunho preventivo, devendo ser combinadamente utilizado com o princípio da igualdade na assistência.

Autonomia significa o poder que o indivíduo tem sobre as suas escolhas, devendo o Estado respeitá-la no que se refere à saúde.

A participação da comunidade está relacionado ao controle e fiscalização dos serviços do SUS. Tal participação se dá através dos conselhos federais, estaduais e municipais de saúde.

Dentre as ações de Saúde que são comuns para todos os níveis, temos como atribuições, a definição das instâncias e mecanismos de controle, administração de recursos orçamentários, participação na formulação da política e execução das ações de saúde, articulação com órgãos de fiscalização do exercício.

No nível federal, compete ao SUS, formular e avaliar políticas de alimentação e nutrição, participando também das formulações de políticas de controle de agressões ao meio ambiente, saneamento básico e condições de trabalho, coordenando os sistemas de assistência de alta complexidade, vigilância sanitária e epidemiológica e promovendo a descentralização para os estados e municípios, dentre outras atribuições.

À direção estadual do SUS compete promover a descentralização para os municípios, acompanhando e controlando as redes do SUS. Além disso, compete coordenar a rede estadual de laboratórios.

À direção municipal compete entre outras atribuições planejar, avaliar e executar os serviços de Saúde, participando do planejamento, programação e organização da regionalização e hierarquização, fiscalização das agressões ao meio ambiente, colaborando com os estados e a união..

Com relação aos serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos. Para o seu funcionamento é condição a participação direta ou indireta de empresas financeiras na assistência à saúde, sempre em caráter complementar.

No que diz respeito aos recursos humanos, as ações serão executadas pelas diferentes esferas do governo, com um sistema de formação que contemple todos os níveis de ensino, inclusive pós graduação, contando ainda com programas de aperfeiçoamento.

A respeito do financiamento do SUS, o orçamento da seguridade social, destinará, conforme receita estimada, os recursos necessários às suas finalidades. O Sistema Único de Saúde ainda contará com outras fontes provenientes de: serviços prestados sem prejuízo a assistência médica, ajuda, contribuições, doações, alienações patrimoniais, taxas e multas no âmbito do SUS.

Os recursos financeiros do SUS devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, movimentados sob fiscalização dos conselhos de saúde.

Os valores a serem creditados terão como critérios, o perfil demográfico, epidemiológico da população, desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

O SUS prevê ainda a participação dos hospitais universitários e de ensino através de Convênios, sendo preservada a autonomia administrativa sobre o patrimônio, recursos humanos financeiros e pesquisa.

Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990

Esta Lei dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e foi editada devido aos vetos que houve na Lei 8080/90, no que se refere à participação da comunidade e repasse direto de recursos (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006, p.72),

É definido então que, em cada esfera do governo haverá, a realização das Conferências Nacional de Saúde e a formação de Conselhos de Saúde.

Com isso, as Conferências são realizadas a cada quatro anos, contando com a participação da população, em vários segmentos sociais. O objetivo das conferências é avaliar a política, propondo diretrizes para a sua formulação.

Já os Conselhos de Saúde, órgãos de caráter permanente e deliberativo, são compostos por representantes da sociedade, profissionais de saúde e usuários, cujo objetivo é controlar e fiscalizar a execução da política de saúde.

No que se refere ao financiamento do SUS, esta Lei estabelece que para o repasse de recursos, é necessário que os Municípios, Estados e Distrito Federal estejam de acordo com o artigo 35º da Lei. 8080/90 (critérios sobre estabelecimento de valores para transferência).

Caso os Municípios, Estados, ou Distrito Federal não atendam aos critérios estabelecidos, os recursos serão administrados pelos Estados e União, respectivamente.

Além destas Leis, que implementam e operacionalizam o Sistema Único de Saúde, existem as Normas Operacionais Básicas – NOBs e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, conforme o quadro a seguir⁸

⁸ Fonte: http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_descen.htm

<p>NOB-SUS 01/91 Resolução Nº 258/1991 /INAMPS</p>	<p>Instituiu a UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial, para o financiamento das atividades ambulatoriais; Instituiu a AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para o financiamento das internações hospitalares; Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS; Definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde; Definiu recursos para investimentos no setor saúde.</p>
<p>NOB-SUS 01/92 Portaria Nº 234/1992/MS</p>	<p>Criou o CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, como instâncias gestoras colegiadas do SUS; Enfaticizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; Normalizou o Fundo Nacional de Saúde; Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde;</p>
<p>NOB-SUS 01/93 Portaria Nº 545/1993/MS</p>	<p>Lançou o documento denominado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei"; Deu maior ênfase à municipalização da saúde; Criou a CIT - Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente;</p>
<p>NOB-SUS 01/96 Portaria Nº 1.742/1996/MS</p>	<p>Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde; O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; Os estados passam a ser meros mediadores; A União normaliza e financia e o município gere e executa. Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena; Instituiu o PAB - Piso da Atenção Básica; Institui a PPI - Programação Pactuada e Integrada.</p>
<p>NOAS-SUS 01/01 Portaria Nº 95/2001/MS</p>	<p>Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual; A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização);</p>
<p>NOAS-SUS 01/02 Portaria Nº 373/2002/MS</p>	<p>Aperfeiçoou e revoga a NOAS-SUS 01/01</p>

A Política de Saúde, para a sua implantação, conta, portanto, com um aparato de leis e normas que visam a sua efetivação, garantindo em tese, que todos os cidadãos tenham acesso igualitário.

Todavia, desde que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o reconhecimento do cidadão como portador de direitos, o país vem sofrendo mudanças no que se refere à Políticas Sociais.

Os anos 1990 são marcados pelas conquistas de direitos sociais ao mesmo tempo em que o neoliberalismo se impunha na realidade brasileira frente às políticas adotadas pelos governantes, a partir do início da referida década, mas que já se iniciaram no final da década de 1980.

As políticas sociais neoliberais, conforme VIEIRA (1997), negam os direitos sociais, garantindo o mínimo para a sobrevivência, vinculando o nível de vida ao mercado e os transformando em mercadorias. Além disso, as políticas sociais neoliberais tendem a ser focalizadas e fragmentadas, inclusive no que se refere às políticas de saúde.

VASCONCELOS (2003) exemplifica os efeitos produzidos pela lógica de mercado:

As garantias constitucionais, antes que pudessem ser asseguradas na vida social, foram atropeladas pela implementação de uma Reforma de Estado, exigida pela forma de capitalismo atual que (...), tem a característica de fragmentar, ainda mais, todas as esferas da vida social – a produção, o trabalho, as classes, o tempo, os princípios e valores que referenciam a identidade e a luta de classes e de concentrar nas mãos do mercado tudo que ofereça possibilidade de gerar lucro e concentrar riquezas (p. 91).

Segundo LEITE & RODRIGUES (s/d) as estratégias de construção do SUS não foram suficientes para mudar o caráter excludente e compensatório das políticas sociais de saúde no Brasil. Segundo as autoras, “no início do ano 2000, a saúde enfrenta uma situação extremamente crítica, agravada pelas sucessivas crises do setor e pelas constantes medidas reformistas, que desorganizaram as práticas correntes sem, entretanto, conseguir substituí-las por melhores alternativas”.

3 – O SUS e a Participação do Serviço Social

Refletir sobre Serviço Social na contemporaneidade e na sua relação com a Saúde remete aos desafios impostos à prática profissional, tendo em vista a realidade social na qual a profissão está inserida, sobretudo a partir dos anos 1990.

Conforme exposto anteriormente, o Brasil teve grandes mudanças no que se refere à Política de Saúde, tendo estas se iniciado no final dos anos 1970, se estendendo pelos anos de 1980 até a atualidade. Em termos de Serviço Social,

pode-se dizer que neste período, também ocorreram mudanças substantivas em seu interior.

Considerando que um dos objetivos deste estudo é a análise das práticas dos assistentes sociais na efetivação da Política Nacional de Humanização no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas é importante contextualizar o Serviço Social a partir da efetivação do SUS.

Vale assinalar que o Serviço Social não esteve presente no debate e nas lutas pela Reforma Sanitária, contudo, continuou a realizar suas práticas e estudos na área da Saúde (BRAVO & MATOS, 2004; BRAVO, 2007). No início da década de 1970, a criação da Pós Graduação no Serviço Social abriu novos horizontes para a construção do conhecimento científico na área (SETUBAL, 2002).

Com o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS em 1979, chamado o “Congresso da Virada”, a profissão passou a buscar com determinação uma redefinição de suas bases teórico metodológicas.

No início dos anos 1980, o livro de IAMAMOTO & CARVALHO, “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” (1982), foi um marco importante, introduzindo a perspectiva marxista, o que foi fundamental para o debate e a análise histórico-crítica das práticas e produções teórico-metodológicas da profissão. Estes avanços influenciaram a elaboração do novo projeto curricular de 1982.

O acúmulo de conhecimentos obtidos pelo Serviço Social nas décadas de 1970 e 1980, e que são frutos deste processo de mudanças, possibilitou a contribuição com novas proposições sociais voltadas à cidadania tanto na Constituinte de 1986, como na Constituição Federal de 1988.

Na década de 1990, o Serviço Social participa ativamente da implantação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (1993), período em que se deu a implementação do novo Código de Ética do Assistente Social, a regulamentação da profissão pela Lei 8662 de 07 de junho de 1993, e a aprovação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social em 1996.

Neste contexto, o debate sobre o projeto ético-político se intensificou no Serviço Social. Este projeto está vinculado a um projeto de sociedade, fundamentado na liberdade, democracia e justiça social.

Segundo BRAZ (2004), o projeto ético-político do Serviço Social está articulado em três dimensões:

- dimensão da produção de conhecimento no interior da profissão, ou seja, a sistematização da prática com caráter investigativo e articulado com as tendências teórico-críticas.
- dimensão jurídico-política da profissão, envolvendo as leis, resoluções, o próprio Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares.
- dimensão político organizativa da profissão, através de debates entre as entidades que representam a categoria (Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Executiva Nacional dos Estudantes), onde são discutidos e reafirmados os compromissos do projeto.

A ausência do Serviço Social no processo de Reforma Sanitária não o impediu de participar e operacionalizar o SUS no anos 1990. A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é:

“mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil” (COSTA, 2000, p. 41).

Com a implementação do SUS, as organizações de saúde ficaram condicionadas às mudanças dos processos de saúde devido aos princípios e objetivos do sistema. Nestas exigências estão incluídas a participação da comunidade, que não são suficientes para eliminar a desigualdades, a exclusão e a qualidade nos serviços de saúde nem a assistência médica curativa.

Para COSTA (2000), a operacionalização do SUS ainda prioriza o modelo curativo ao invés de difundir o modelo preventivo, em que a saúde é resultante das condições de vida da população. Tais dificuldades estão relacionadas ao fato da Política de Saúde não se articular à contento, às demais políticas sociais, o que possibilitaria, a superação destas questões.

As demandas no SUS se iniciam na atenção primária, na qual as Unidades Básicas de Saúde – UBS, em tese, são a porta de entrada para a população ter acesso aos serviços de saúde. Todavia, a operacionalização destes serviços não têm capacidade suficiente para absorver estas demandas, seja pela falta de profissionais, seja pela falta de equipamentos e laboratórios para exames, entre outros (COSTA, 2000),

Frente a estas dificuldades no nível primário, a população recorre à rede ambulatorial e hospitalar, o que onera e aumenta a demanda de serviços, não assegurando atendimento a todos.

Sendo assim, as propostas de referência e contra-referência e a educação preventiva ficam prejudicadas e a inexistência de leitos para atender a população, dificultam o acesso destas aos serviços de saúde.

É no contexto das ações tradicionais x novas demandas que estão inseridas as práticas do Serviço Social, surgindo assim novas demandas. Todas estas dificuldades de acesso ao SUS enfrentadas pela população, se traduzem nas ações dos assistentes sociais que atuam na área da saúde. Frente a tais demandas, se faz necessário construir propostas de trabalho que à garantia dos direitos (IAMAMOTO, 2001).

Para COSTA (2000), ao lidar com as questões pertinentes à Saúde, o Serviço Social enfrenta e cria mecanismos que incidem no SUS. Seja no nível primário, secundário ou terciário, o trabalho do assistente social está voltado para ações emergenciais, ações educativas, identificação das condições socioeconômicas e sanitárias da população, orientações e encaminhamentos aos diversos serviços do SUS.

Além disso, o assistente social também atua nas atividades de planejamento e assessoria como organização dos serviços e atendimentos, implantação de protocolos clínicos e treinamento de profissionais da equipe de saúde.

A atuação do assistente social também está direcionada para caracterização dos usuários dos serviços de saúde, como levantamento de informações sobre as condições de vida, facilitando assim, a indicação de prognósticos por parte da equipe médica. No que se refere ao nível terciário, por exemplo, o atendimento às demandas de alta complexidade requer por parte da equipe profissional informações precisas, e a atuação do assistente social tem papel fundamental.

Neste sentido, o Serviço Social contribui para a efetivação de um dos objetivos do SUS, que é conhecer a população com a qual os serviços de saúde serão direcionados (COSTA: 2000).

Conforme NOGUEIRA & MIOTO (2006), a partir do estabelecimento de determinantes sociais, a prática profissional do assistente social adquire centralidade, possibilitando “um novo estatuto do Serviço Social no campo da saúde” (p. 231).

A prática do assistente social no SUS também se dá em outras instâncias, como nas ações emergenciais em que são providenciados, medicamentos e materiais hospitalares, transportes, entre outros.

Nestas ações emergenciais incluem-se a participação dos assistentes sociais nas discussões de casos com os demais profissionais da equipe, sensibilizando e explicitando as dificuldades e necessidades dos usuários em situações de alta hospitalar. Os assistentes sociais agilizam exames e consultas garantindo o atendimento dentro e fora da instituição se o usuário estiver internado e necessitar de atendimento em outra unidade, enfim, uma gama de procedimento com os quais os profissionais lidam, sobretudo nas unidades de pronto socorro.

No caso de ações preventivas, o Serviço Social é convocado a participar através de informações e orientações sobre as formas de prevenção de doenças, como por exemplo, no nível primário. Além de promover a participação dos usuários no processo de sua saúde, promove a participação nos conselhos municipais e estaduais de saúde.

Dessa forma a prática do assistente social na saúde expressa ainda o seu papel educativo. Aliás, esta prática educativa está inserida na profissão, independente da área de atuação. Como nos diz ABREU (2002), o fortalecimento da população pode ser alcançado através da politização desta em relação a si própria e aos serviços institucionais que utiliza como forma de melhorar a qualidade destes serviços que usufrui. Para tal, a atuação do assistente social é na perspectiva de contribuir para que os usuários se conscientizem dos seus direitos à Saúde e à cidadania, pois,

... a função pedagógica do assistente social vincula-se à capacitação, mobilização e participação populares, mediante fundamentalmente, processo de reflexão, identificação de necessidades, formulação de demandas, controle das ações do Estado de forma qualificada, organizada e crítica (ABREU, 2002, p.216).

No nível secundário, o assistente social tem a sua prática voltada para orientações sobre procedimentos para exames, inclusão em programas, divulgando os trabalhos realizados pelas unidades de saúde.

Nas unidades hospitalares, seja nos serviços de enfermagem e, sobretudo pronto socorro, em geral, o assistente social orienta os usuários e familiares sobre a importância dos cuidados a serem tomados tanto em relação ao uso de medicação, quanto em relação às atitudes. São realizadas orientações preventivas e

trabalhistas, de direitos assistenciais, e ainda informações sobre os serviços funerários, em caso de morte.

Com isso, a inserção do Serviço Social no SUS também envolve a prática profissional em informar e orientar os usuários e familiares sobre as rotinas e normas institucionais como horários de atendimento e visitas em caso de internação, bem como sobre direito a acompanhantes.

Nos processos de produção de saúde, é importante que o assistente social esteja disposto ao trabalho em equipe, atuando na perspectiva interdisciplinar. Segundo CAVALCANTI & ZUCCO (2006), a atuação interdisciplinar possibilita ao assistente social um olhar diferenciado, capaz de superar a fragmentação do saber e da prática profissional.

No ponto de vista de VASCONCELOS (2003) a atuação interdisciplinar, vai além de ações que priorizem apenas a prevenção e o combate a doenças:

Nenhuma profissão por si só da conta deste objeto, com o cuidado necessário para que suas ações não se dirijam e resultem em controle determinados segmentos – sempre os mais fragilizados e pobres –, mas que se dirijam para as condições materiais e elevação do padrão cultural da maioria da população objetivando uma educação em saúde que enfrente, de forma diferenciada, a relação com as enfermidades (VASCONCELOS, 2003, p. 91).

Entende-se que a partir do momento que o assistente social alia o seu conhecimento sobre o contexto social em que a população está inserida ao trabalho interdisciplinar, é possível pensar em estratégias que visem o atendimento integral aos usuários dos serviços de saúde.

A saúde requer ainda que os profissionais tenham uma formação profissional que forneça conhecimentos e instrumentais capazes de dar conta das reais necessidades da população. VASCONCELOS (2003), enfatiza que se os profissionais não estiverem qualificados do ponto de vista ético, político e teórico-prático, fica prejudicada a possibilidade de se defender um uma proposta de saúde pública que venha de encontro à Reforma Sanitária.

O projeto ético-político do Serviço Social como norteador da prática cotidiana, fornece parâmetros e possibilita a construção de alternativas concretas que visem a participação da população, expressando-se, assim, o caráter político da atuação profissional. Como nos diz NETTO:

... o projeto prioriza uma nova relação sistemática com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente estrutural o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à

população, incluindo nesta qualidade a publicização dos recursos institucionais, instrumentos necessário e indispensável para a democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários” (1999, p. 105).

Ainda que o assistente social tenha se mantido afastado do processo de Reforma Sanitária, vale ressaltar que a inserção do Serviço Social na Saúde se deu oficialmente em 1944 através do Decreto Lei 13.635 de 27 de dezembro de 1943, com a inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ANDRADE, 2005)⁹.

Ao longo da década de 1990, a atuação do assistente social na área da saúde vem crescendo gradativamente, inclusive, é a área que mais absorve a categoria profissional.

A pesquisa realizada pelo CRESS-SP¹⁰ no ano de 2004, demonstrou que 38,03% dos assistentes sociais do Estado de São Paulo estão inseridos na área da Saúde, concentrados em sua maioria na cidade de São Paulo (34,2%).

Conforme VASCONCELOS (2003), a maior parte dos assistentes sociais da área da Saúde, atuam no nível de atenção terciário.

Observa-se que desde o início dos anos 1990, o Serviço Social vem ampliando os espaços de discussão sobre a prática profissional na área da Saúde, através de congressos promovidos pelo CFESS/CRESS (Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social), ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) e por diversas Instituições de Saúde.

Além dos CBAS's – Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, cujas temáticas envolvem os vários espaços de atuação profissional, inclusive a Saúde, destacam-se ainda, os ENPESS's (Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social), sendo este evento uma iniciativa da ABEPSS ().

Para MATOS (2003), na década de 1990, ocorreram outros encontros envolvendo discussões sobre a prática em Saúde, dentre eles os Congressos de Serviço Social em Oncologia¹¹ nas cidades de: Vitória/ES em 1995 e 1997 e na cidade de Fortaleza/CE no ano de 1999.

⁹ Conforme Andrade (2005), o Serviço Social do HC não é o primeiro a atuar na área hospitalar, tendo sido registradas experiências anteriores em 1941 (Hospital São Paulo) e em 1946 (Hospital Santa Cruz da Sociedade Santa Cruz de São Paulo)

¹⁰ Dados extraídos do Jornal do CRESS-SP 9º Região - n° 46 – Abril-Junho 2004

¹¹ Nas pesquisas realizadas, tivemos dificuldades em encontrar informações a respeito de seminários posteriores, sendo que encontramos apenas informações sobre o IV Congresso de Serviço Social em Oncologia, ocorrido no ano de 2002, na cidade do Rio de Janeiro.

Algumas instituições hospitalares têm promovido eventos de repercussão nacional. Dentre estas instituições, destacam-se os Hospitais Universitários e unidades da USP, UNESP e UNICAMP. Desde 1997 as equipes de assistentes sociais destas instituições têm se organizado, realizando eventos que trazem como tema a prática profissional na área da Saúde.

O primeiro evento, em junho de 1997, em São Paulo foi organizado como Simpósio, sendo que no ano de 2002, este evento também ganhou status de Congresso Nacional, sendo realizado paralelamente ao Simpósio.

Desde então, estes eventos se realizam bianualmente, sendo que nos anos de 2002, 2004 e 2006, ocorreram respectivamente o I Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde e o IV Simpósio de Serviço Social em Saúde com o tema “Perspectivas Profissionais e Realidade Social: Cenário, Tendências e Práticas”, na cidade de São Paulo, II Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde e o V Simpósio de Serviço Social em Saúde, cujo tema foi “Serviços de Saúde na Interface com as questões Sociais Contemporâneas” e o III Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde e o VI Simpósio de Serviço Social em Saúde, tendo como temática os “Paradigmas e Caminhos do Serviço Social na Atenção a Saúde”.

Em todos estes eventos, houve participação expressiva de assistentes sociais de vários estados do Brasil.

Além destes eventos, outras instituições hospitalares e de ensino¹², também têm promovido encontros que discutem a prática e as demandas dos assistentes sociais na saúde, na formação profissional e educação continuada¹³.

Em termos de veículos para divulgação da prática dos assistentes sociais na área da Saúde, destaca-se a Revista de Serviço Social Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, lançada no ano de 1994.

Conforme MATOS (2003), desde 1997 o Hospital Universitário da UERJ lançou a Revista Superando Desafios, com publicações de Serviço Social Hospitalar.

¹² No caso da PUC-SP, Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social em parceria com o Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política desde 1998 tem promovido anualmente, o Encontro de Pesquisadores da PUCSP na área da Saúde, sendo este um espaço para a divulgação de trabalhos e pesquisas sobre o Serviço Social na Saúde.

¹³ O Serviço Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, além da participação na organização dos CONASSS's, tem promovido vários eventos, que são organizados pela própria instituição, conforme LIMA (2003) e GASPARINI (2003).

Em relação à formação profissional, a ABEPSS em parceria com instituições de ensino, tem promovido oficinas regionais e nacionais como as ocorridas entre o período de 2005-2006, que tinham como objetivo qualificar docentes e supervisores de estágios das áreas da saúde, a fim de que estimule a integralidade de tais práticas, o que significa que tem havido preocupação por parte da categoria profissional com a qualificação acadêmica e profissional.

Pode se dizer que a participação do Serviço Social no SUS, em todos os níveis de atenção está sedimentada, tendo em vista que a sua inserção na Saúde é de longa data, aliada à experiência que a categoria vem acumulando em sua prática profissional.

Ainda que não tenha participado ativamente no processo de Reforma Sanitária, e na formulação do SUS, o Serviço Social tem atuação direta na implementação desta política de saúde.

O Serviço Social na saúde tem o desafio de saber lidar e enfrentar as dificuldades impostas no cotidiano profissional, exige a construção de estratégias profissionais baseadas na análise de conjuntura de nossa realidade e da promoção da participação popular nas questões que estão ligadas diretamente aos seus direitos. BRAVO & MATOS propõem a formulação de estratégias profissionais que reforcem e efetivem o direito social à saúde articuladas a reforma sanitária e ao projeto ético-político do Serviço Social:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social (2004, p. 43).

No SUS, o assistente social tem uma gama de possibilidades de intervenção profissional, inclusive nos serviços de pronto socorro, como veremos adiante.

CAPÍTULO II - A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Humanização é um termo que nos últimos tempos vem sendo freqüentemente utilizado no campo da Saúde.

Conforme SÁ (2005), em geral, as discussões de humanização apresentam as mais variadas propostas, que vão desde a organização institucional em termos de serviços e produção de saúde até as mudanças no espaço físico como sinalização, limpeza ou também incluir protocolos diversos e condutas terapêuticas, setores de escuta e acolhimento.

Existem algumas instituições de saúde, cujas práticas existentes são tidas como ações de humanização, como por exemplo, as brinquedotecas e ouvidorias, que nem sempre o horário de atendimento contempla a todos os usuários ou conta com recursos humanos suficientes para oferecer os seus serviços.

Existem também iniciativas que são reconhecidamente tidas como ações de humanização. Conforme DESLANDES (2004), as ações Humanização do Parto¹⁴ e o direito reprodutivo feminino, vêm ganhando destaque nos movimentos feministas, seguidas também das ações de humanização voltadas para as crianças, com enfoque nos bebês de baixo peso.

Mas afinal, o que significa humanização?

A humanização na saúde pode ter vários significados, mas em geral é entendida como a melhora na qualidade do atendimento frente aos avanços tecnológicos e como a valorização das relações entre sujeitos envolvidos no processo de saúde, ou seja, usuários, profissionais e gestores, visando a mudança de cultura nos valores que permeiam estas relações. Além disso, a humanização prioriza os direitos do usuário e reconhecimento profissional, englobando mudanças no ambiente e organizacional das instituições de saúde.

1 - Primeiras referências da humanização na Saúde

Apesar de a humanização hospitalar ter alcançado maior espaço nos debates e nas agendas políticas recentemente. – a partir dos anos 1990 –, bem como reconhecimento enquanto Programa Nacional (2001) e posteriormente Política

¹⁴ Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Brasília/2002 – Instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000.

Nacional (2003), os primeiros trabalhos, propostas e discussões iniciaram-se no fim da década de 1970.¹⁵

MEZOMO (2001) no ano de 1976 organizou em Fortaleza o “VI Simpósio de Humanização Hospitalar” sendo a primeira vez em que o tema humanização hospitalar era discutido publicamente com repercussão nacional por profissionais que vivenciavam a busca do equilíbrio entre o alcance das exigências técnico-administrativas e a defesa dos direitos do paciente, busca esta permeada de tensões. O referido autor fazia menção à humanização hospitalar que “pode ser entendida como o estabelecimento da primazia efetiva dos direitos do paciente¹⁶ sobre a estrutura operacional e administrativa do hospital”. (MEZOMO, 2001, p.12)

MEZOMO enfatizava que o paciente era a razão de existência do próprio hospital e objetivo último deste, pontuando cinco princípios básicos para que as discussões sobre humanização hospitalar pudessem ser estabelecidas:

- 1) *A “Humanização dos Hospitais” não pode ser confundida com a simples adoção de uma série de medidas isoladas que visam solucionar problemas específicos da administração hospitalar.*
- 2) *A “Humanização dos Hospitais” deve ser integrada no quadro geral e mais amplo da melhoria das relações entre administradores e administrados.*
- 3) *A “Humanização dos Hospitais” é a tarefa comum, primordial e indeclinável de quantos, em todos os níveis, se dizem responsáveis pela sua administração.*
- 4) *A “Humanização dos Hospitais” é a característica fundamental de uma administração eficaz. (2001:11-12)*
- 5) *A “Humanização dos Hospitais” é a própria razão de ser e objetivo final dos serviços que estas instituições oferecem.*

MEZOMO (2001) entendia que por mais que fosse paradoxal falar em humanização dos hospitais, já que é inerente aos hospitais prestar um atendimento humanizado, ele justifica que esta discussão faz-se necessária, pois os hospitais são prestadores de serviços e têm que estar atentos a estas questões.

Fazendo uma analogia com as empresas em geral, que prestam serviços baseadas em uma lei natural em que o seu objetivo originário – prestar serviços aos clientes/pacientes, tendem a se perder de vista, o que por sua vez, cria uma tensão a ser resolvida, o mesmo ocorre com os hospitais.

Se a finalidade última do hospital, que é tratar da saúde dos usuários, não for contemplada e valorizada, irá gerar tensões visivelmente notadas em seu

15 Conforme Mezzomo, 2001, em 1976, João Catarin Mezomo organizou em Fortaleza o “Simpósio de Humanização Hospitalar” e em 1978, publicou o livro “Hospital Humanizado”, considerado até 2002, a obra mais sólida na área

¹⁶ O termo “paciente” foi preservado devido à referência que o autor faz.

funcionamento. A superação destas dificuldades, porém, não deve se resumir em simples técnicas operacionais, mas em estratégias integradas à política hospitalar.

Nesse sentido, segundo MEZOMO (2001), é impossível que uma política de humanização seja efetivada se o governo não aplicar recursos nos hospitais, “para que a humanização dos hospitais não apareça como simples paliativos das insuficiências do sistema hospitalar” (2001, p. 13).

O autor salienta que a falta de recursos, por sua vez, não é justificativa para que os hospitais se omitam na efetivação do atendimento humanizado, uma vez que tal atendimento não é resultado somente da aplicação de recursos materiais.

A humanização também é atingida através de atitudes. E assim como um hospital “velho” pode receber bem os pacientes, ainda que não tenha recursos disponíveis, num hospital moderno, com a mais avançada tecnologia, os pacientes podem se sentir mal acolhidos e subjetivamente incompreendidos em suas necessidades.

Na visão do autor, a humanização não deve ser resultado de ações momentâneas nem de limites financeiros, mas deve ser integralmente planejada de maneira responsável. E já naquela época, afirmava que aquele momento era oportuno para um novo esforço em se atingir a humanização dos hospitais, considerando as transformações pelas quais a saúde do país atravessava e a necessidade de adequação dos serviços de saúde aos direitos dos pacientes.

Todavia, MEZOMO (2001) já mencionava que se houvesse a priorização dos hospitais na qualidade do ponto de vista científico em detrimento do ser humano, a humanização tenderia ser algo inatingível. Sendo assim, não deveria se resumir em atendimento médico, ou em oferecer exames laboratoriais, devendo envolver o atendimento ao paciente em seus aspectos biopsicossociais.

O autor sinalizava que a humanização deve levar em conta as características de cada hospital em termos de estrutura, localização geográfica, quadro de funcionários e pacientes atendidos.

Nas bibliografias pesquisadas, encontrou-se este autor como referência em termos de humanização hospitalar antes das discussões que se iniciaram na década de 1990, não sendo localizadas outras referências.

Na década de 1980, porém, o CRESS/SP promoveu o “I Congresso de Humanização Hospital e da Saúde¹⁷”, cujo tema foi “Humanização no Serviço Social

¹⁷ Este evento foi realizado na PCU-SP, conforme consta no Jornal do CRAS –Ano II – dez/nov – nº 9. Foram apresentados três trabalhos, sendo: “É preciso entender as diferenças” – Sonia Maria da Costa Ribeiro, “Direito à

Hospitalar”. Os trabalhos que foram apresentados retratavam os diversos aspectos da atuação do Serviço Social na área Hospitalar e a sua contribuição para a busca da humanização do Homem.

Cada um dos trabalhos, tinham aspectos diversificados e enfatizavam que a formação do Serviço Social tinha aspectos humanitários, e dessa forma poderia contribuir para a humanização hospitalar, envolvendo nesse processo os profissionais e usuários.

Apesar das poucas referências¹⁸, notou-se que esta temática já tinha como foco os profissionais de saúde e os usuários.

“Ao final do século XX e início do XXI, muitos profissionais de saúde buscam aliar fatores tecnológicos a emocionais no atendimento, os familiares são vistos como participantes no tratamento e os cuidadores passam a ser valorizados também pela qualidade de relacionamento humano que estabelecem. (Totaro, 2002:8)¹⁹.”

2 – O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Como discutido anteriormente, os anos 1990 se iniciam com avanços em termos de leis e garantias no que se refere à Saúde, sendo que tais avanços não trouxeram benefícios significativos para a população, especialmente em relação ao direito de acesso.

Segundo VASCONCELOS (2003) apesar do acesso universal, os usuários não contam com a boa qualidade dos serviços de saúde. A realidade da Saúde no atual cenário político-econômico-social nos mostra que nem sempre este acesso é garantido, seja nas cidades menores ou nas grandes metrópoles.

Filas, longos períodos de espera, demora para atendimento e realização de exames, falta de medicamentos e vagas para internação, entre outros. São estas as dificuldades que a população tem enfrentado para ter acesso aos serviços de Saúde.

Seja numa Unidade Básica de Saúde - UBS, nos Centros de Saúde (ambulatórios de especialidades) e até mesmo nos grandes hospitais, as dificuldades em geral, são as mesmas.

saúde está em crise” – Sandra Márcia Ribeiro Lins de Albuquerque e “Serviço Social tem recursos para atuar” – Amélia Silveira Marajão.

¹⁸ Não queremos, com isso, afirmar que não houve discussão do tema humanização entre a década de 1980 e o final da década de 1990.

¹⁹ TOTARO, G.M.G. Humanização: o que levou ao uso de tal termo?. Monografia PUC-SP, 2002.

Ainda que tenhamos um sistema de Saúde cujo acesso é garantido por lei, os serviços oferecidos não atendem as reais demandas e estão aquém das necessidades da população.

Estas demandas não correspondidas são em relação aos serviços oferecidos, a deficiência de preparo dos profissionais em compreenderem e lidarem com as necessidades da população, entre outras.

Nos últimos tempos os avanços científicos e tecnológicos têm cada vez mais propiciado o tratamento e cura para diversos tipos de doenças, sejam crônicas ou não, o que por sua vez tem melhorado a expectativa de vida e a qualidade da saúde.

Por outro lado, estes avanços não atingem toda a população, devido às dificuldades de acesso aos serviços e ainda prejudicou o contato humano entre profissional e usuário. Como por exemplo, um médico pode saber por meio da informática todo o histórico do usuário, sem ter que perguntar ao mesmo. Tal fato inegavelmente agiliza o atendimento, mas prejudica, ou às vezes, inviabiliza o contato humano.

A falta de atenção com os usuários pode se iniciar na recepção da instituição de saúde, passando pelos diversos setores, inclusive pelo Serviço Social. Esta atitude “desumanizada” se expressa de diversas formas, como uma informação ou ação mal conduzida devida a falta de entrosamento entre a equipe. Em muitos casos, a qualidade do atendimento é mais valorizada do que a dos serviços propriamente ditos. Diante disso, era preciso pensar em estratégias e novas práticas de saúde que viessem superar tais dificuldades.

As primeiras discussões sobre humanização ocorreram no ano de 1999, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde²⁰ cujo tema foi “O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

O relatório final apresentou de forma muito incipiente a questão da humanização em saúde como um das premissas para se efetivar o SUS. Entretanto, uma leitura aprofundada do referido relatório, sobretudo nos tópicos destinados à humanização²¹, percebe-se que as discussões apresentadas não enfocaram de

²⁰ A 11ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre os dias 15 e 18 de dezembro de 1999 em Brasília.

²¹ Em seu sumário, o relatório apresenta subitens destinados à discussão da humanização como se segue:

- Cenário: Responsabilidades dos Poderes Legislativo, Judiciário e do Ministério Público na Garantia de Acesso, Qualidade e Humanização;

- Proposições: Alocações de Recursos para Assegurar a Integralidade da Atenção e a Qualidade e Humanização do Atendimento; Mecanismos e Formas de Remuneração de Prestadores para Garantir Acesso, Qualidade e

forma clara qual o objetivo de serem realizadas e quais as propostas para a sua concretização.

Com relação às responsabilidades dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público na garantia do acesso, qualidade e humanização na saúde, o relatório apresenta um panorama sobre a avaliação dos participantes da conferência a qual constatou que não há uma articulação e comunicação entre estes poderes, implicando assim nos encaminhamentos destinados à garantia dos direitos à saúde, que são realizados de forma pontual e desigual, conforme a conjuntura local.

No que se refere à alocação de recursos destinados à atenção, qualidade e humanização ao atendimento, o relatório mencionou a necessidade de se definir estratégias através de estabelecimento de percentuais que atinjam os menores níveis possíveis em termos de aquisição de serviços privados, com maior investimento nos Hospitais Públicos, vedando-se o repasse de verbas às organizações sociais.

Quanto aos mecanismos e formas de remuneração aos prestadores de serviços para garantir o acesso, qualidade e humanização do atendimento, citou que os critérios para reajustes dos valores das tabelas referentes aos procedimentos de média e alta complexidade na contratação de serviços privados deveriam ser revistos, evitando-se a utilização desnecessária de tecnologias.

Quanto ao “modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, segundo o relatório da Conferência os participantes enfatizaram a necessidade de se priorizar a humanização nos cuidados destinados aos usuários com máxima ampliação da qualidade dos serviços prestados e do acolhimento, propondo a educação continuada para a concretização destas mudanças.

Há ainda um outro item, “fortalecimento dos princípios do SUS: o caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização”, cuja proposta é a consolidação do caráter público do acesso à saúde, responsabilizando o Estado para tal garantia, reiterando-se os princípios da integralidade, equidade e humanização. Enfocou a necessidade de fomento a estudos e pesquisas de forma a contribuir para a efetivação deste processo.

Humanização do Atendimento; Modelo Assistencial e da Gestão para Garantir Acesso, qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social; Fortalecimento dos Princípios do SUS: o Caráter Público, a Integralidade, a equidade e a Humanização.

Por fim, propõe a questão da descendência étnica geral, cujos dados serão incluídos nos registros epidemiológicos “para que a efetivação dos conceitos de integralidade, qualidade e humanização na atenção à saúde seja garantida com a equidade”. (RELATÓRIO FINAL DA 11ª CONFERÊNCIA, 1999).

Observou-se que as discussões sobre humanização presentes no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, ainda não traziam a definição de humanização e não se falava da relação profissional-usuário e profissional-profissional.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde, tendo como ministro José Serra lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, pelo Decreto 881 de 19 de junho de 2001.

O objetivo deste programa era buscar a melhoria do atendimento aos usuários dos serviços de saúde e ao mesmo tempo, valorizar o trabalho dos profissionais desta área. O programa seria um chamamento aos profissionais no sentido de direcionar e garantir a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que apesar dos avanços técnico-científicos, a qualidade do contato humano não acompanhou esta evolução e nem sempre as instituições de saúde valorizam os valores éticos, sociais e educacionais ligados ao processo saúde-doença. Além disso, o programa enfatiza a importância da valorização dos profissionais de saúde pela instituição como garantia do atendimento humanizado, através de condições de trabalho adequadas e capacitação.

Diante da necessidade de melhoria destes aspectos ligados ao atendimento à Saúde é que se propôs o PNHAH sob o prisma da humanização do atendimento ao público e da humanização das condições de trabalho do profissional de saúde.

Humanizar, na perspectiva do PNHAH, significa:

(...) o resgate do respeito à vida humana, envolvendo-se aos aspectos sociais, éticos no relacionamento humano. Nesse sentido, o ponto principal da humanização perpassa o fortalecimento do comportamento ético articulado ao cuidado técnico-científico (PNHAH, 2001)

Devido a fragilização física e emocional que se expressa em sentimentos subjetivos como o medo, compaixão, raiva e angústia, o processo de humanização também considera as dimensões subjetivas presentes na relação profissional de saúde-usuário.

Frente ao grande número de queixas que os usuários dos serviços de saúde, especialmente nos hospitais, o Ex-Ministro da Saúde convidou profissionais da área

da saúde mental, formando um Comitê Técnico e através da elaboração de trabalhos voltados para a humanização dos serviços hospitalares públicos, instituiu-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. As primeiras propostas do Comitê Técnico foram implementadas em dez hospitais distribuídos pelo Brasil com a maior concentração no estado de São Paulo²².

Pretendia-se atuar em diversas realidades sócio-culturais que possuíam diversos modelos de gestão. Os objetivos deste Projeto-Piloto eram instituir um processo de humanização dos serviços de forma rigorosa que provocassem mudanças consistentes e que as experiências realizadas pudessem construir um conhecimento específico acerca da humanização e com isso ser parâmetro para a disseminação do programa nos diversos hospitais espalhados pelo Brasil.

O Programa sinalizava que para que as melhorias alcançadas com o processo de humanização não ficassem prejudicadas, os gestores de saúde teriam que se sensibilizar sobre a importância de uma cultura organização pautada no respeito, solidariedade e autonomia dos profissionais e usuários.

Para tal processo, o Ministério da Saúde salientou que a implantação do PNHAH dependia da vontade política dos gestores e dirigentes hospitalares no sentido de participar e disseminar ações que garantissem a transformação do ambiente hospitalar:

São fundamentais a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões (PNHAH, 2001).

Para que as ações propostas pelo programa fossem disseminadas em nível nacional, propôs-se então a criação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas para que tivessem uma articulação entre si e que também se formassem os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar – GTHH nas unidades hospitalares, com capacitação dos membros por um assessor externo, criando assim, instrumentais para a institucionalização do “programa com caráter de política pública” participação efetiva dos gestores, dos profissionais de todas as áreas bem como da população usuária nos Grupos de Trabalho e a articulação entre os Grupos com as ações de humanização já existentes.

²² Hospital Geral César Cals – CE, Hospital Getúlio Vargas – PE, Hospital João XXIII – MG, Hospital Geral do Bonsucesso – RJ, Hospital Mário Gatti – SP, Hospital Santa Marcelina – SP, Hospital Ipiranga – SP, Hospital Leonor Mendes de Barros – SP, Hospital do Mandaqui – SP, Hospital Nossa Senhora da Conceição – RS

Composto por profissionais comprometidos com os princípios da humanização, estes grupos independentes teriam que construir espaços de comunicação visando a mudança institucional, permitir a realização de iniciativas humanizadoras e fortalecer as já existentes. Estes trabalhos representariam a instituição como um todo, e além de melhorar a comunicação e a integração entre o hospital e os usuários, favoreceria ao processo de mudança cultural.

Nesta Rede foram incluídos as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Hospitais Públicos, sendo que na primeira fase seriam inclusos os hospitais do Projeto-Piloto, hospitais integrantes do Programa dos Centros de Colaboradores (num total de 93 hospitais de todo o Brasil, inclusive o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP) e hospitais que desenvolviam ações de humanização na área da Saúde da Mulher nos períodos entre maio/2001 e abril/2002. A segunda atingiria os hospitais que integrariam a Rede Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, entre maio e dezembro/2002.

Em relação ao segmento profissional, o programa destacava a necessidade da valorização profissional através de cursos de capacitação e a criação de um sistema de apoio psicológico e social com enfoque na humanização.

No que tange a participação dos usuários, foi proposta a criação de canais que identifiquem as suas necessidades com devolutiva aos mesmos, a melhora das sinalizações em relação aos acessos aos serviços hospitalares, profissionais visivelmente identificados (crachás).

Quanto à instituição hospitalar, propôs a criação de parcerias com outras instituições, o aproveitamento do trabalho voluntário, divulgação interna (palestras, boletins) e externa (mídia) do programa de humanização.

O relatório referente aos primeiros cinco meses da implantação do projeto destacou que a iniciativa foi uma abertura histórica nas políticas públicas de saúde e um engajamento corajoso, especialmente porque propôs a substituição da “cultura vigente” pela “cultura da mudança”.

O PNHAH considerou como foco central que a promoção da saúde comporta uma dimensão ética e subjetiva.

Durante este período, ocorreram encontros entre o Comitê Técnico, as equipes de implantação do Projeto-Piloto e os hospitais participantes do Projeto-Piloto, cujo objetivo foi à construção de questões mais prementes e significativas.

Não cabem aqui detalhamentos a respeito deste programa, posto não ser ele o foco principal do projeto de pesquisa que se prendera na Política Nacional de Humanização. É válido ressaltar a importância que o PNHAH teve em termos de propostas de humanização, sendo parâmetro para a atual política, apesar das propostas de humanização se referem exclusivamente ao ambiente hospitalar.

3 – A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS

Considerando que as propostas de humanização deveriam alcançar todos os níveis de atenção do SUS, no ano de 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde decidiu construir a Política Nacional de Humanização. A sua construção seguiu os mesmos valores da proposta anterior, no que se refere ao envolvimento dos profissionais, usuários e gestores nos processos de saúde e valorização da dimensão subjetiva e fortalecimento do controle social em todas as instâncias do SUS.

O HumanizaSUS (2004) considera que a humanização como política, possibilita o envolvimento de todas as instâncias do SUS, inclusive nas unidades básicas de saúde, sendo este um dos pontos que a diferencia em relação ao PNHAH, que enfatizava apenas o ambiente hospitalar. Sendo assim, humanização é:

(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (HumanizaSUS, 2004),

Em seu marco teórico, o HumanizaSUS define que

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 (2004).

Dessa forma, o HumanizaSUS aposta na possibilidade dos sujeitos envolvidos nesse processo se transformarem e mudarem também a realidade em que se encontram inseridos, fomentando o protagonismo destes, o que possibilitará uma nova interação entre os sujeitos, cuja implantação se faz necessária na perspectiva de rede, de forma que se articule com as demais políticas. Estando em rede, o HumanizaSUS possibilita a troca de experiências entre usuários, profissionais e gestores e o comprometimento com a defesa da vida.

Em contra partida, o HumanizaSUS aponta que a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho entre os profissionais, prejudicam os avanços da descentralização e regionalização da atenção e gestão na saúde que se reflete na universalidade, na integralidade equidade e controle social, assim como o baixo investimento na qualificação profissional.

Os modelos de atenção, baseados na relação-queixa conduta fortalecem o olhar sobre a doença, automatizam o contato entre os profissionais de saúde e os usuários, impossibilitando a construção do vínculo entre estes. Há que se considerar que os modelos de formação profissional no campo da saúde têm se mantido distante do debate e da formulação das políticas públicas. Para a superação é necessário que o HumanizaSUS seja inserido na grade curricular dos cursos de graduação, pós graduação e formação continuada.

Como política, objetiva-se ainda que a humanização supere as dificuldades existentes na relação saber/poder arraigadas nas instituições, seja na relação profissional-usuário (posicionamento impositivo), seja na relação profissional-profissional (corporativismo).

Para o HumanizaSUS, a humanização não significa apenas tornar a relação profissional de saúde-usuários mais humana ou pensar no caráter filantrópico, pois corre-se o risco de pensar na humanização como um “favor”, e não como direito à saúde.

Um dos pontos principais desta política é a mudança da cultura da atenção à saúde e na gestão dos processos de trabalho, sendo um ponto indissociável na Humanização:

(...) aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a Rede SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho. (Marco Teórico/HumanizaSUS, 2004)

Dessa forma, é necessário ainda que haja interação e diálogo entre os profissionais sobre os modos de operar o trabalho em equipe, cujas ações sejam capazes de transformar e ampliar os espaços de trocas de saberes.

A mudança de cultura implica na mudança modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho deve ter como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

A humanização envolve ainda a construção de atitudes ético-estético-políticas em consonância com o projeto de co-responsabilidade e produção dos vínculos entre os profissionais e destes com os usuários:

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. (HumanizaSUS, 2004)

Um ponto importante que a PNH destaca é que a sua construção deve contribuir com a melhoria das condições de vida de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e a garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana.

O HumanizaSUS estabeleceu quatro marcas específicas para a consolidação dos trabalhos, sendo:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- 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.
- 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.
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Atingir estas quatro marcas, é um dos grandes desafios desta política, tendo em vista os modos como vêm se operando os processos de produção de saúde.

Diferentemente do Programa Nacional de Humanização da Assistência que não apresentou propostas concretas em termos de atendimento nas unidades de urgência e emergência, o HumanizaSUS estabeleceu diretrizes para o acompanhamento a sua implementação nos pronto socorros e pronto atendimentos é proposto:

- Acolhida através de critérios de avaliação de risco;

- Garantia da referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Para melhor ser operacionalizada, o HumanizaSUS criou as “Cartilhas da PNH”²³, com o objetivo de multiplicar e disseminar as propostas de atenção e gestão de humanização na saúde²⁴:

Acolhimento com Classificação de Risco

Conforme o HumanizaSUS (2004), a Classificação de Risco é um processo dinâmico que visa identificação os usuários que requerem imediato atendimento, o grau de sofrimento, risco e agravos à saúde. Sendo assim, pressupõe agilidade no atendimento.

Para este procedimento são necessários alguns pré-requisitos²⁵ como:

- Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco
- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
- Área de Emergência e de Pronto Atendimento

A área de Emergência deve ser priorizada conforme o nível de complexidade, e assim, deve otimizar os recursos tecnológicos e a força de trabalho da equipe

²³ 1- Acolhimento com avaliação e Classificação de Risco; 2- Ambiência; 3 – Clínica Ampliada; Equipe de Referência e Apoio Matricial; 4 – Trabalho e Redes de Saúde : Valorização dos Trabalhadores da Saúde; 5 – Gestão Participativa/Co-Gestão; 6 – Grupo de Trabalho de Humanização; 7 – Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico; 8 – Visita Aberta e Direito a Acompanhante; 9 – Humanização e Redes Sociais.

²⁴ Devido às inúmeras propostas de atuação que cada Cartilha estabeleceu, não nos prenderemos em explicitar o conteúdo de cada uma delas. Entretanto, daremos um enfoque na Cartilha “Acolhimento com avaliação e Classificação de Risco”, voltada para os serviços de atendimentos à emergência.

²⁵ Além destes pré-requisitos, a Cartilha indica os níveis de classificação , conforme a queixa apresentada, sendo estes níveis do ponto de vista médico, que não cabem aqui ser explicitados.

profissional. Já o Pronto Atendimento é destinado a consultas de baixa e média complexidade.

Os objetivos da Classificação de Risco desta classificação são avaliar o usuário desde a sua chegada, humanizando o atendimento e impedido que unidades de emergência fiquem “congestionadas”.

Dessa forma, o tempo para atendimento médico é reduzido, pois é realizado de acordo com a gravidade e os usuários são encaminhados diretamente para as especialidades, conforme o protocolo, informando o tempo de espera. Além disso, os usuários e os familiares devem ter ampla informação sobre o serviços e os procedimentos a serem indicados.

Além destas classificações, o HumanizaSUS também discorre sobre a visão do acolhimento na perspectiva de participação dos sujeitos envolvidos. Na área da saúde, a noção de acolhimento tem sido relacionada ora a uma boa recepção, ambiente confortável, ora como triagem administrativa com elaboração de encaminhamentos para serviços especializados, o que em alguns casos gera uma prática de exclusão, “pois se escolhe que deve ser atendido” (Cartilha de Acolhimento com Avaliação de Risco, 2004). Quando tomada isoladamente, a o acolhimento torna-se uma ação pontual e isolada, tendo assim uma noção de “repasse de problemas”.

Uma ação acolhedora implica em estratégias que promovam o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, na reorganização dos serviços, facilitando a intervenção profissional e resolução das situações apresentadas pelos usuários, e uma postura de escuta e compromisso, de forma que possam ser dadas respostas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Todos os usuários que procuram os serviços de saúde espontaneamente devem ser atendidos pelos profissionais da equipe, que deverão identificar os riscos e vulnerabilidades que possam estar sujeitos durante o atendimento.

Isto significa que os profissionais devem estar atentos ao grau de sofrimento físico e psíquico, pois muitas vezes os usuários apesar de não terem sinais físicos evidentes, estão ansiosos e angustiados, demandando uma atenção maior. Conforme o HumanizaSUS:

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde, em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da

própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (2004).

Ainda que a Política Nacional de Humanização apresente propostas para a sua implementação nas unidades de urgência e emergência, consideramos ser um grande desafio a sua concretização. Há que se refletir que a atuação dos profissionais da saúde em um ambiente de pronto socorro tem uma dinâmica diferenciada em relação aos demais níveis de atenção.

As suas especificidades requerem um tipo de atendimento que muitas vezes “ultrapassa” os limites dos profissionais que atuam nos serviços de emergência.

Seja por motivo de doença inesperada ou crônica, acidente de trânsito, violência urbana, entre outras fatalidades que ocorrem cotidianamente nas grandes cidades, os profissionais de saúde, sobretudo os de pronto socorros, lidam com este cenário.

Aliado a isto, estes profissionais lidam com a família destes usuários, em geral tomadas por incerteza e insegurança quanto à saúde de seu ente. Estes familiares também estão lidando com o risco de morte, e necessitam de apoio e atenção destes mesmos profissionais.

Como equilibrar esta balança? As propostas de humanização são suficientes para dar conta deste cenário? Como os profissionais e teóricos pensam a humanização na saúde?

4 – Aproximações Conceituais Atuais da Humanização

Verificou-se que diversos autores têm realizado pesquisas e discutido a humanização através de dissertações, teses e publicação de artigos, além de promoverem eventos discutindo esta temática.²⁶

Em 1999, a Secretaria Municipal de Chapecó/SC implantou um programa denominado “Integração e Humanização”. Este trabalho ocorreu em seis etapas divididas em três blocos²⁷, sendo esta uma experiência positiva. Segundo CECÍLIO & LIMA (2000), as premissas deste trabalho foram a construção de uma equipe

²⁶ O Congresso “Humanização Hospitalar em Ação”, cujo primeiro evento ocorreu em 2001, encontra-se na 5ª edição, sendo uma iniciativa do Projeto Viva e Deixe Viver, reúne várias instituições e profissionais da saúde.

²⁷ Tendo em vista que o nosso objetivo foi demonstrar aos resultados que este trabalho teve e não a sua descrição na íntegra, recomendamos a leitura do referido texto: “Necessidades de Saúde das Pessoas Como Eixo Para a Integração de Equipes e a Humanização do Atendimento na Rede Básica de Saúde” in Saúde e Humanização: A Experiência de Chapecó (2000).

profissional integrada, aperfeiçoamento das atividades já realizadas e a potencialização dos recursos que a equipe dispunha de forma a qualificar o atendimento e tornar o trabalho menos desgastante. Ao final, os profissionais puderam compartilhar o seguinte conceito de serviço humanizado: “serviço organizado para escutar, captar e atender de forma mais completa possível as necessidades das pessoas” (2000, p.161).

De maneira geral, a maioria os autores entendem a humanização como melhoria de contato na relação profissional-usuário, em que a comunicação e o respeito às singularidades dos sujeitos envolvidos são peças chaves neste processo, que envolve ainda a mudança de cultura.

AYRES (2005) e FORTES (2004) têm pontos de vistas semelhantes sobre a humanização. Esta abrange questões subjetivas que permeiam as relações entre profissionais de saúde e usuários, daí a necessidade de mudanças de atitudes que possam melhorar substantivamente este contato, no sentido de promover a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Segundo AYRES (2005), a humanização significa ampliar as práticas de Saúde, para além dos instrumentos, atingindo a relação entre os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, o autor considera que a humanização também envolve os aspectos subjetivos existentes nesta relação:

(...) a humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar em saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, as quais vão progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que entende ser a boa vida. (AYRES, 2005, p. 550).

Para FORTES (2004), humanizar significa compreender a singularidade de cada individuo, de forma que se crie possibilidade para que ele exerça a sua autonomia.

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento ao desconhecido, de respeito ao usuário, entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor dos serviços de saúde. (p. 31)

Há autores que entendem que a humanização envolve aspectos ligados ao direito e à cidadania. Para Forte (2006), humanizar significa inclusão dos cidadãos e também dos grupos organizados, como por exemplo, os grupos formados a partir de

uma determinada patologia, no sentido de conquistas de direitos. Dessa forma, a autora considera que os profissionais podem contribuir fornecendo orientações e informações aos usuários dos serviços de saúde sobre direitos e ainda incentivar a mobilização destes grupos.

Alguns autores também discutem a diferença existente entre a humanização na perspectiva do Programa e da Política.

Segundo NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS (2004), enquanto o Programa tinha como objetivo resgatar a imagem dos hospitais junto aos usuários, a humanização enquanto Política, incentiva às práticas promocionais de saúde.

Segundo SÁ (2005), a humanização enquanto programa é vista como ampliação do processo comunicacional e enquanto política, visa a produção de sujeitos autônomos, cujos limites de comunicação seriam os micropoderes cotidianos no exercício profissional, ou seja, a relação do saber-poder presente nos processos de produção de saúde.

Sendo assim, considera a necessidade de se traduzir os princípios do SUS em modos de operar, ou seja, em práticas nos diferentes equipamentos do SUS, e, enfatiza a necessidade do comprometimento com a produção de saúde e de sujeitos, destacando-se os aspectos subjetivos presentes nas práticas de saúde.

Por outro lado, SÁ (2005) avalia que não há uma conceituação clara do que é humanização, se referindo a este fato como “questões teórico-metodológicas”, o que para a autora, dificulta a efetivação do processo de humanização.

Outros autores também partilham do mesmo ponto de vista de Sá (2005), mencionando a falta de parâmetros que possibilitariam uma melhor compreensão do significado deste termo.

RECH (2003) também constatou em suas pesquisas a inexistência de uma conceituação a respeito da humanização. A autora concluiu que não há uma definição clara sobre o significado de humanização hospitalar. Em geral as declarações, códigos e legislação brasileira sobre humanização e conceitos fazem menção ao tratamento dispensado ao usuário como uma pessoa de direito.

É válido ressaltar que as pesquisas da autora foram concluídas em 2003, quando a Política Nacional de Humanização estava sendo instituída, o que significa que o seu ponto de vista agrega apenas os preceitos de humanização na ótica do direito ao tratamento, não englobando a perspectiva do protagonismo.

Segundo VAISTMAN & ANDRADE (2005), o conceito de humanização na Saúde é recente e não há ainda quantidade considerável de pesquisas. Para as

autoras, o termo humanização pode ter distintas interpretações, tendo em vista que está relacionado ao paradigma do direito.

Para DESLANDES (2004) o fato da humanização ainda não ter uma definição objetiva, daria ao termo mais um caráter de diretriz de trabalho ou a um movimento de profissionais e gestores, não denotando um significado de aporte teórico-prático. Apesar disso, a autora, entende que o significado de humanização está relacionado à qualidade do atendimento em termos técnicos e à subjetividade, agregando também a valorização do profissional.

DESLANDES (2004), porém, acredita na mudança de cultura a longo prazo pela via da formação profissional, a partir de um investimento efetivo nos cursos de graduação e educação continuada.

Outros autores também apontam a importância da formação profissional. No ponto de vista de REIS et al. (2004), as instituições de ensino fazem parte do processo de humanização, uma vez que além de transmissores de técnicas, também são transmissores de ideologias que balizam a prática.

Alguns dos autores pesquisados trouxeram em suas discussões a possível relação da humanização com bases filosóficas e éticas, como PESSINI (2002) e MARTIN (2002).

PESSINI (2002) diz que a humanização perpassa pelas questões da dimensão humana, relacionadas a dor e ao sofrimento, com as quais os profissionais de saúde lidam no ambiente hospitalar. Sendo assim, o autor avalia que além de políticas públicas relacionadas à humanização em termos de operacionalização, é necessário que se pense também em sua relação na formação profissional, para que se crie uma nova cultura.

Frente à “tecnologização dos cuidados”, PESSINI (2002) considera importante a visão holística no ato do cuidar, que engloba o ser humano em suas dimensões física, social, psíquica, emocional e espiritual.

No que se refere à perspectiva da ética, MARTIN (2004) se utiliza dos princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Através do resgate da dignidade do ser humano, é possível, segundo o autor, se efetivar o processo de humanização.

Quanto ao acolhimento, que conforme o HumanizaSUS é uma das formas de se efetivar o processo de humanização. Alguns autores têm elaborado conceitos e propostas de efetivação em que o ouvir e oferecer soluções às demandas apresentadas pelos usuários, são enfatizados.

Para AYRES (2004), acolhimento significa a capacidade de ouvir o outro, e não apenas ser prestativo.

É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente e possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (p.23).

Para MERHY et al. (2003) o acolhimento é uma forma de possibilitar o atendimento humanizado e acesso universal dos usuários aos serviços de saúde. Como tradução desta idéia de acolhimento, propõe “Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário” (p.40).

Sendo assim, o acolhimento é uma diretriz operacional, cujos princípios são: atender a todos que procuram os serviços, como forma de acesso universal, reorganização dos serviços, na qual não somente o médico participe do atendimento, devendo os demais profissionais de nível superior e auxiliares atuarem neste processo, e propiciar uma relação entre os profissionais de saúde e usuários pautada em princípios humanitários e de cidadania.

Um outro tema que tem sido relacionado à humanização é a hotelaria hospitalar. Segundo GUIMARÃES et al. (2007), os hospitais têm além de funções preventivas e curativas, a função de acolher, oferecer conforto, serviços e ambientes equiparados aos de um hotel.

Sendo assim, um dos pressupostos da hotelaria hospitalar é adotar uma novo termo para os usuários dos serviços de saúde, que passaria a ser o de “cliente”.

Ao se reconhecer que a expressão cliente de saúde é a mais adequada dentro do contexto hospitalar e abrange, além da pessoa enferma, os familiares, amigos e visitante, torna-se mais fácil adotar estratégias e implementar ações, inclusive as de hotelaria, que possam garantir a humanização e a qualidade dos serviços médicos hospitalares (TARABOUSI, 2004 apud GUIMARÃES et al. (2004, p. 2).

Este conceito ainda não está plenamente incorporado no Brasil, pois segundo GUIMARÃES et al. (2007), os profissionais associam hotelaria a conforto e modernização, sem incorporar os serviços de apoio.

O conceito de hotelaria hospitalar deve se adequar a realidade institucional, tendo como foco a melhoria dos serviços prestados.

No que diz respeito à humanização, um dos pontos destacados pelo HumanizaSUS é mudança de cultura (ou a “nova cultura”) nos processos de produção de Saúde, sobretudo nas relações que envolvem os sujeitos envolvidos,

ou seja, usuários, profissionais e gestores, ancoradas pelo respeito, solidariedade e grau de co-responsabilidade.

Cultura é um termo com vários significados, conforme o ramo do conhecimento humano²⁸. Nas ciências sociais, cultura é o aspecto da vida social que se relaciona com o saber. Na filosofia, é o conjunto de manifestações humanas que contrastam com a natureza ou comportamento natural. Já na antropologia, significa a totalidade de padrões apreendidos e desenvolvidos pelo ser humano.

Dos autores pesquisados e que discutem a “nova cultura”, em geral, não a relacionam diretamente à humanização, mas às relações sociais. Para SIMIONATTO (1999), a construção de uma nova cultura, está relacionada à crítica do senso comum, que se expressa na vontade coletiva. Embasada pelo pensamento gramsciano, SIMIONATTO diz que a criação de uma nova cultura se concretiza através de uma visão de mundo crítica e coerente, e

(...) pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente, é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta por parte de um “gênio” filosófico”, de uma nova verdade que permanece como patrimônio de pequenos grupos intelectuais. (GRAMSCI, 1977 apud SIMIONATTO, 1999, p. 83).

Conforme MOTA (2000), a formação de uma cultura²⁹ está ligada a formas de controles, e neste caso, se refere a sociedades capitalistas, e neste sentido, não tendo relação com as propostas do HumanizaSUS.

Para ABREU (2002), a idéia da “nova cultura” está fundamentada “na necessidade de justificar as contradições da realidade e forjar um novo tipo de trabalhador”. Ao mesmo tempo em que se cria um “novo trabalhador”, obtém-se o consentimento à nova ordem do capital, e neste caso, ABREU (2002), também segue a mesma linha de pensamento de MOTA (2000).

A discussão sobre nova cultura entre os autores não apareceu de uma forma predominante, mas de maneira geral, a “nova cultura” está relacionada a mudanças de comportamentos e atitudes. (DESLANDES, 2004; PESSINI, 2002).

É válido ressaltar que o termo humanização, conforme anteriormente mencionado, não é algo recente, o que não significa que o conceito apresentado por MEZOMO³⁰ em 1976, não possa ser utilizado como referencial.

²⁸ Wikipedia – enciclopédia livre: www.pr.wikipedia.org consulta em 20/10/2006.

²⁹ Mota (2000), não se refere ao termo “nova cultura”, mas sim à formação de uma cultura.

³⁰ João Catarin Mezomo é falecido, mas não foi localizada a data.

MEZZOMO³¹, organizador do livro **“Fundamentos da Humanização Hospitalar – Uma Visão Multiprofissional”** reitera que a obra de João Catarin Mezomo **“Hospital Humanizado”** foi considerada até 2002, a obra mais sólida em termos de humanização.

O grande desafio, não é apenas encontrar um conceito unânime. Do ponto de vista do HumanizaSUS, há uma conceituação objetiva, que agrega aspectos subjetivos, não sendo estes os dificultadores para a sua efetivação. Segundo Santos-Filho (s/d)³², o HumanizaSUS parte de conceitos que pressupõe a reorganização dos processo de trabalho em saúde transformações nas relações sociais. O desafio maior é construir estratégias e formas de trabalho que envolvam todos os sujeitos, e ainda, tornar a Política da Humanização acessível à todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

³¹ Pe. Augusto A. Mezommo. Coincidentemente, ambos os autores, cujo sobrenome são idênticos, trabalharam com a questão da humanização em saúde.

³² Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos - Serafim Barbosa Santos-Filho. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>

CAPITULO III - CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP

Cabe, preliminarmente, conceituar e Identificar urgência e emergência como condição necessária para a caracterização de um serviço de pronto socorro.

Dentre as pesquisas³³, foram encontradas definições a partir de dicionários médicos e resoluções.

Pelo Dicionário de Medicina e Saúde – Revisado, encontramos as seguintes definições:

emergência: Condição imprevisível ou inesperada que requer ação imediata; Alteração súbita do estado de saúde ou grave complicação de uma doença que exige cuidados médicos urgentes.

urgência: Situação que exige uma ação ou tratamento médico ou cirúrgico imediato ou em um prazo muito curto. Ela requer apreciação e decisão rápida sobre a possibilidade de transferência para um serviço especializado ou necessidade de um gesto inesperado; Serviço de Pronto atendimento destinado a prestar atendimento adequado nesses casos, geralmente dotado de unidades móveis (ambulância), com pessoal médico especializado e equipamentos para atender necessidades de reanimação, ventilação, perfusão ou pequena cirurgia, que permitam eventualmente, iniciar o tratamento desde a residência do usuário ou do local do acidente.

O Conselho Federal de Medicina – CFM, em sua Resolução 1451/95 define como:

urgência: a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, e

emergência: a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.

As Portarias Ministeriais, não apresentam detalhamentos sobre a caracterização de uma condição de urgência e emergência. Por exemplo, observou-se que o texto do Ministério da Saúde do ano de 2001, tratava destes serviços, mas não apresentava uma condição clara, dando ênfase às causas do atendimento.

³³ Nos estudos realizados, verificou-se que apesar de existir várias pesquisas sobre prontos socorros, nem todos os trabalhos apresentam os conceitos de urgência e emergência.

RIBEIRO (1998), baseada em alguns autores e na resolução acima, concluiu que:

Urgência é uma situação de risco na qual o tratamento precisa ser iniciado dentro de poucas horas, pois existe o risco de evolução para complicações mais graves e mesmo fatais e Emergência, situação de risco iminente de vida, com necessidade de manter as funções vitais ou evitar incapacidade e complicações graves exigindo que o tratamento seja imediato. (p. 4)

No que se refere à definição de pronto socorro, o Dicionário de Medicina e Saúde – Revisado define que é o hospital ou serviço médico de emergência com atendimento externo ininterrupto, contando com pessoal especializado e todos os recursos para assistência aos casos de urgência, inclusive unidades móveis de emergência.

DALLARI et. al. (2001) apontaram a inexistência de literatura nacional sobre urgência e emergência, tanto em termos conceituais em relação a estruturação destes serviços. No caso de Estado de São Paulo, o Hospital das Clínicas da FMUSP foi pioneiro na criação de um plantão regulador de emergências médicas. Através de discussões dos casos encaminhados, outros municípios próximos foram aderindo a este serviço, e os casos de outras regiões não eram aceitos, o que fazia com que estes serviços se organizassem, servindo de experiências para as primeiras iniciativas em regular os atendimentos a urgências (DALLARI et. al., 2001).

Apesar das dificuldades apontadas pelos autores, naquela época, em termos de inexistência de literatura sobre urgência e emergência, atualmente existem várias portarias que tratam sobre os atendimentos de urgência, que fazem parte da Política Nacional de Atenção às Urgência³⁴.

1 – Breve Histórico da Trajetória do Hospital das Clínicas e do Pronto Socorro do Instituto Central

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi criado pelo Decreto n° 13.192 de 19/01/1943, sendo o pioneiro na área da Saúde. Entretanto, o início de sua construção ocorreu em 10/10/1938 sob a intervenção do então governador do Estado, Adhemar Pereira de Barros.³⁵

³⁴ Portaria GM n° 1828 de 2 de setembro de 2004; Portaria GM n° 2420 de 9 de novembro de 2004; Portaria GM n° 1863 de 29 de setembro de 2003; Portaria GM n° 1864 de 29 de setembro de 2003; Portaria GM n° 2072 de 30 de outubro de 2003 e Portaria GM n° 2048 de 5 de novembro de 2002.

³⁵ Conforme Andrade (1995), em 1928 já havia sido idealizado o projeto de construção do hospital, mas naquela época as obras não puderam ser iniciadas.

Segundo ANDRADE (1995), a construção de um hospital escola do porte do Hospital das Clínicas se deu pela necessidade de se criar um campo de estágio para os alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Os alunos desta universidade realizavam os estágios na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que não tinha a característica de um hospital escola. Iniciou-se então um movimento para a construção de um hospital próprio para a universidade³⁶.

Havia também uma preocupação da direção da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em viabilizar um espaço próprio para a prática de estágio dos alunos.

Em consulta em documentos internos do Hospital das Clínicas da FMUSP, constatou-se que a origem do Hospital das Clínicas obedecia a uma dupla necessidade da época, ou seja, aumentar o número de leitos gratuitos à população e indigentes, como também servir de abrigo às cátedras das Clínicas da Faculdade de Medicina.

Na época, o hospital contava apenas com o atual Instituto Central, onde também funcionavam as Clínicas de Ortopedia e Traumatologia e de Psiquiatria, contando também com o Serviço de Pronto Socorro já previsto em sua construção, conforme o Decreto 13899 de 17 de março de 1944 (GOES,1999).

A expectativa era que o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas viesse a agregar assistência e atendimento médico à população que já enfrentava dificuldades semelhantes às de hoje. Antes de sua inauguração, a cidade de São Paulo contava com os serviços do Posto Médico da Assistência Policial que atendia aos casos de urgência e emergência (GOES,1999).

Com o crescimento da cidade, conseqüentemente o volume de atendimento aumentou, sendo difícil para o Hospital das Clínicas atender a esta demanda, o que trazia prejuízos para a instituição, que acabou se tornando sinônimo de Pronto Socorro.

Para tanto, os atendimentos eram realizados através de uma “triagem” realizada pelo Setor de Registro, que posteriormente, passou a ser realizada pelos assistentes sociais e auxiliares sociais, que aos poucos ingressavam no quadro de funcionários para desempenho exclusivo desta atividade (COUTO:2003).

³⁶ Para detalhes a respeito do surgimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP, consultar a Tese de Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP “Serviço Médico Social no Hospital das Clínicas da FMUSP: 1940-1960” – Setuko Andrade (1995), disponível na Biblioteca Nadir Gouvêa Kfourri da mesma universidade.

Nos anos subseqüentes, o Hospital das Clínicas inaugurou os demais Institutos e Hospitais Auxiliares, que fazem parte do Complexo³⁷, sendo: Instituto de Ortopedia e Traumatologia – IOT (1951), Instituto de Psiquiatria – IPq (1953), Instituto de Coração – InCor (1975), Instituto da Criança – ICr (1976), Instituto de Radiologia – InRAD³⁸ (1986), Hospital Auxiliar de Suzano (1960), Hospital Auxiliar de Cotoxó (1971) e a Divisão de Medicina e Reabilitação (1975).

Desde o seu funcionamento, o Pronto Socorro do Instituto Central passou por diversas mudanças em termos de atendimentos prestados à população, mudanças estas tanto por conta das mudanças institucionais³⁹ como também pelas mudanças em termos de legislação sobre a Saúde.

Uma importante mudança se deu ano de 1977, com a criação do INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social, que assumiu a assistência médica. Segundo COUTO (2003), o Serviço de Seleção do Hospital das Clínicas, que naquela ocasião atendia somente a população que não tinha condições de arcar com seus custos, passou a acolher gradativamente a classe trabalhadora.

Com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987, o Hospital das Clínicas que até então cobrava taxas, estabelecendo critérios de atendimento, mudou substantivamente a sua forma de atendimento. O Serviço de Seleção deixou de existir, e a triagem passou a ser feita apenas pela equipe médica e de enfermagem.

Em 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o Hospital das Clínicas direcionou o seu atendimento, dando preferência os casos de urgência e alta complexidade, conforme os critérios estabelecidos pelo próprio Sistema.

2 – Organização e dinâmica do atendimento do Pronto Socorro do Instituto Central

O Pronto Socorro em si é a porta de entrada não só do Instituto Central, como de todo o Complexo do Hospital das Clínicas da FMUSP. É de se considerar que uma cidade do porte de São Paulo, com altos índices de acidente, de trânsito e

³⁷ Também são administrados pelo Hospital das Clínicas da FMUSP a Casa da Aids (1994), que é uma extensão da Divisão Clínica de Moléstias Infecto Contagiosas e o Hospital Estadual de Sapopemba (2003), após acordo firmado com a Secretária Estadual de Saúde.

³⁸ Este Instituto teve o início de suas obras no ano de 1974, porém foram interrompidas. No ano de 1984, as obras foram reiniciadas e o Instituto passou a funcionar no ano de 1986 (www.hcnet.usp.br)

³⁹ Tendo em vista que o período desta pesquisa se trata exclusivamente do período de 2004-2005, não cabe aqui o aprofundamento de tais questões. Durante a realização de nossas pesquisas documentais, tivemos dificuldades em encontrar documentos sobre o Pronto Socorro entre os períodos de 1955-1980, o que nos impede de trazer dados precisos referente a este período.

violência, tenha cotidiana e constantemente casos de emergência a serem encaminhados aos serviços de pronto socorro.

No caso do Pronto Socorro do Instituto Central, esta demanda tende a ser ainda maior, que pela sua localização – Região Central, quer pela sua característica de Hospital Terciário/Quartenário, que atende aos casos clínicos de maior complexidade.

Por exemplo, ao mesmo tempo em que se atende um usuário vítima de um acidente vascular cerebral, discute-se a definição de um usuário que irá passar por uma cirurgia ou chega ao Pronto Socorro um usuário vítima de acidente de trânsito com múltiplas fraturas, cuja atenção terá que se voltar para ele.

Devido à grande procura, a espera para atendimento, mesmo com a equipe de enfermagem pode ser de horas, o que causa nos usuários um sentimento de “descaso” por parte dos profissionais.

Em contrapartida, os profissionais (equipe médica e de enfermagem, assistentes sociais, oficiais administrativos, o pessoal da segurança e da limpeza⁴⁰, entre outros) acabam tendo uma sobrecarga excessiva de atendimento, causando “stress” que muitas vezes pode se refletir no atendimento direcionado ao usuário.

Pelo fato das áreas de serviço social, médica e enfermagem terem um contato direto com os usuários, esta relação tende a ser mais crítica, o que exige uma perspicácia e habilidade de profissionais em lidar com as queixas e necessidades da população usuária destes serviços.

Além dos leitos localizados no 4º andar do Instituto Central, incluindo-se os de Unidade de Terapia Intensiva – UTI para os casos de cirurgia geral, neurocirurgia e clínica médica, o Serviço de Pronto Socorro conta com outros leitos nos demais andares do Instituto Central. No 5º andar há duas enfermarias destinadas aos usuários da Clínica Médica e Cirurgia Geral e Neuro Cirurgia. Estes leitos, em geral são destinados a pacientes transferidos das UTI's ou que passaram por cirurgia realizadas em situações de emergência. Há também outros leitos na UTI da Clínica Médica e na Enfermaria de Gastrologia.

A seguir, será destacada a organização dos atendimentos do Pronto Socorro⁴¹.

⁴⁰ Os serviços de segurança e limpeza são realizados por empresas contratadas.

⁴¹ A organização apresentada demonstra, de maneira geral, os serviços existentes no PS e não refletem integralmente as especificidades e a complexidade, não sendo o objetivo deste estudo o aprofundamento destes.

- Equipe Profissional do Pronto Socorro

O Pronto Socorro conta com profissionais de diversas áreas⁴². Com relação à equipe médica, os atendimentos realizados são das especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, neuroclínica e neurocirurgia e as especialidades⁴³ de ginecologia e obstetrícia, urologia, otorrinolaringologia e oftalmologia.

A equipe de Enfermagem é composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que realizam o acompanhamento a todos os usuários do Pronto Socorro, além do atendimento destinado aos familiares em relação a orientações, recomendações dos cuidados a serem dispensados, entre outros. Também fazem parte desta equipe os oficiais administrativos que lidam, entre outras rotinas, com questões relacionadas a documentações e pertences dos usuários internados e dão suporte ao pessoal da enfermagem sobre as providências na ocasião da alta ou transferência hospitalar.

O Serviço de Nutrição é responsável pelo fornecimento de alimentação e dietas especiais aos usuários, e aos acompanhantes destes (nos casos de criança/adolescente ou idosos, ou ainda se houver recomendação médica). Esta equipe também realiza orientações e recomendações nos casos que requerem alimentação específica, conforme o diagnóstico, aos usuários e aos familiares durante a permanência no Pronto Socorro e no momento da alta.

Há ainda o atendimento de psicologia destinado aos usuários e familiares, sendo este um serviço recente⁴⁴.

Com relação ao atendimento do Serviço Social, será apresentado adiante.

- O Atendimento Inicial do Pronto Socorro (AIPS) - Triagem

Antes dos usuários serem encaminhados para o Pronto socorro, há o Serviço de “triagem” que é designado pelo nome de Atendimento Inicial do Pronto Socorro, cujo objetivo é identificar os casos mais graves, a fim de que o atendimento seja priorizado. Alguns casos são inseridos nos Protocolos Clínicos, de acordo com os critérios médicos.

⁴² Aproximadamente 400 servidores.

⁴³ É válido ressaltar que as especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia estavam alocadas no Pronto Socorro durante o período de nossa pesquisa 2004-2006, mas houve transferência para o Prédio dos Ambulatórios, onde os casos de pronto atendimento são atendidos.

⁴⁴ O atendimento de psicologia, que era realizado pelos profissionais que atuam no ambulatório e eram acionadas, conforme a demanda identificada pela equipe médica, em 2005 passou a contar com uma profissional para o pronto socorro.

O primeiro atendimento é feito pela equipe de enfermagem que avalia as condições clínicas do usuário (pressão arterial, temperatura) e conforme a avaliação, este é encaminhado para a equipe de clínica médica, também do AIPS.

Esta equipe examina o usuário que avalia a necessidade dele receber ou não atendimento dentro do Pronto Socorro propriamente dito. Caso seja necessário, o usuário é avaliado e medicado no próprio AIPS recebendo do Serviço Social encaminhamento para os recursos da comunidade.

- Abordagem de Doação de Órgãos

A Organização de Procura de Órgãos - OPO está vinculada à Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos – CTOC do Hospital das Clínicas da FMUSP. A OPO foi criada para a captação de órgãos e tecidos humanos⁴⁵, com atuação interna e externa regionalizada.

Nesta equipe, estão inseridas as áreas de Medicina, Enfermagem e Serviço Social, sendo coordenada por um médico.

As abordagens sobre doação de órgãos são realizadas pelos assistentes sociais e enfermeiros, junto aos familiares de usuários com diagnóstico de Parada Cardio-Respiratória e de morte encefálica⁴⁶.

No primeiro caso, os órgãos que podem ser doados são as córneas e válvulas do coração, até seis horas após a confirmação do óbito. O Registro Geral avisa ao Serviço Social sobre o óbito do usuário, com posterior encaminhamento dos familiares a este serviço para abordagem sobre a doação de órgãos, conjuntamente com o enfermeiro da OPO.

Nos casos de morte encefálica, podem ser doados o coração, pulmão, fígado, intestino, rim, pâncreas, córnea, tendão e ossos.

⁴⁵ A Lei 9434 de 04 de fevereiro de 1997 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento. A Medida Provisória nº 1718 de 06 de outubro de 1998 revogou o consentimento presumido, exigindo o consentimento familiar (pai, mãe, filho e cônjuge), mas manteve a negativa de doação nos documento de identidade ou habilitação. Com a aprovação da Lei nº 10.211 em março de 2001 que alterou alguns dispositivos da lei nº 9434 como o artigo 4º, em que a negatividade da doação nos documentos de identidade e habilitação, perderam a validade em 22 de dezembro de 2000.

⁴⁶ "Morte cerebral é o dano irreversível, global de todo o encéfalo incluindo o tronco encefálico, mantendo-se as atividades pulmonar e cardiovascular por processos artificiais. O processo biológico de morrer tem imensa complexidade de ordem neurofisiológica, fisiológica, terapêutica e legal. A morte não é um momento, mas parte de um processo que, em certas circunstâncias, pode ser interrompido, por não ser necessariamente terminal. A posição filosófica ante os eventos da morte varia conforme a cultura e a ideologia de determinada sociedade. O grande problema é o diagnóstico seguro de morte cerebral, visto que nenhum processo tecnológico isolado mostrou-se integralmente satisfatório" <http://www.crmmt.cfm.org.br/revista/bio2v1/pacienterm.html>

Os usuários com morte encefálica são considerados como “potencial doador”, e permanecem em leitos da UTI reservados para a OPO, durante o período em que são realizadas as abordagens. A retirada de órgãos só é realizada em centro cirúrgico, após expressa autorização familiar.

- Núcleo de Atendimento à Vítimas de Abuso Sexual – NAVIS

O NAVIS é um núcleo ambulatorial do Instituto Central que faz acompanhamento a usuários e familiares que são vítimas de abuso sexual.

Entretanto, os casos de urgências recebem atendimento imediato pela equipe do Pronto Socorro, que encaminha o usuário para o acompanhamento ambulatorial.

No atendimento de emergência, o usuário recebe acompanhamento médico e inicia o uso de medicação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no Serviço de Moléstias Infecto-contagiosas – MI, com posterior atendimento pela equipe de Serviço Social do Pronto Socorro.

- Protocolo de cetoacidose diabética⁴⁷

Este protocolo se destina aos usuários que dão entrada no Pronto Socorro com quadro diabético grave, seguindo uma rotina específica, tendo em vista a necessidade de um acompanhamento adequado.

Feito o diagnóstico médico, o nome do usuário é anotado em uma lousa permanente, localizada no próprio Pronto Socorro para que os demais membros da equipe iniciem o acompanhamento conforme as suas especificidades, inclusive do Serviço Social e da Farmácia, que fornece o medicamento ao usuário na ocasião da alta hospitalar.

⁴⁷ A cetoacidose diabética é definida como uma disfunção metabólica grave causada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, associada ou não a uma maior atividade dos hormônios contra-reguladores (cortisol, catecolaminas, glucagon, hormônio do crescimento).

A cetoacidose caracteriza-se clinicamente por desidratação, respiração acidótica e alteração do sensorio; e laboratorialmente por:

- Hiperglicemia (glicemia > 250 mg/dl);
- Acidose metabólica (pH < 7,3 ou bicarbonato sérico < 15 mEq/l);
- Cetonemia (cetonas totais > 3 mmol/l) e cetonúria.

Alguns pacientes podem estar em cetoacidose e ter uma glicemia normal caso tenham usado insulina pouco tempo antes de virem para a Unidade de Emergência. Outros podem ter glicemia > 250 mg/dl e não estarem em cetoacidose caso não preencham os demais requisitos para o seu diagnóstico. (http://virtual.unipar.br/courses/FARMACOAPLICENF/document/Diabetes/Cetoacidose_diab%20E9tica.pdf?cidReq=FARMACOAPLICENF)

- Protocolo de pneumonia adquirida na comunidade⁴⁸

Em geral, os casos de usuários que apresentam quadro de pneumonia são identificados no AIPS.

A maioria destes casos não necessita de internação hospitalar, sendo possível que o usuário siga o tratamento em domicílio. A partir do momento em que a equipe médica faz o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, o usuário é incluso no referido protocolo, recebendo atendimento da equipe médica, da enfermagem, que ministra a medicação, com posterior encaminhamento para o Serviço Social.

- Serviço de Registro do Pronto Socorro

Como os demais serviços do Pronto Socorro, o Serviço de Registro tem atendimento 24 horas. Todos os usuários que são atendidos no Pronto Socorro, seja pelo SUS ou convênios médicos, e no AIPS passam pelo Registro Geral para ser feita a ficha de atendimento.

O Serviço de Registro também é responsável pelo recebimento das notificações de óbito do Pronto Socorro, por meio da Enfermagem. Posteriormente, estas informações são repassadas ao Registro Geral do Instituto Central. No intervalo entre 19h e 07h, o Registro do PS, dá cobertura às notificações das enfermarias;

Um outro atendimento realizado é o fornecimento de informações a pessoas que buscam notícias sobre o familiar ter sido ou não internado. Estas situações ocorrem com frequência, seja de usuário que sofreram algum acidente ou até mesmo pessoas desaparecidas.

- Plantão Controlador

Devido a grande demanda do Pronto Socorro, nem todos os casos podem ser absorvidos naquele serviço. Geralmente, não é possível transferir estes usuários para as enfermarias do Instituto Central, ou até mesmo, para outros Institutos do Complexo, especialmente nos casos de usuários com quadro de doenças infecto-contagiosas como HIV, idosos que precisam de cuidados especializados, ou ainda

⁴⁸ Pneumonia Adquirida na Comunidade é um processo infeccioso agudo do parênquima pulmonar caracterizado por dois ou mais sintomas de infecção aguda (tosse de início recente, expectoração, febre ou hipotermia, dispnéia, dor torácica, calafrios) associados a infiltrado recente na radiografia de tórax e ou a alterações de propedêutica pulmonar (estertores crepitantes, pectorilóquia, aumento do frêmito tóraco-vocal) em pacientes não hospitalizados ou que referem início dos sintomas até 48 horas antes da hospitalização

usuários com quadro psiquiátrico severo, em geral com diagnóstico de surtos ou tentativa de suicídio.

Nestes casos, a equipe médica realiza avaliação e indica a transferência do usuário para outra unidade hospitalar do SUS. O Plantão Controlador envia o pedido à Central de Vagas da Secretaria Estadual da Saúde, e após a liberação, a transferência é efetuada.

O Plantão Controlador também é responsável pela transferência de usuários que são encaminhados de outros hospitais da capital, Grande São Paulo e Interior. É realizado um prévio contato entre o médico do Plantão Controlador e o responsável pelo outro Hospital deste serviço e do outro recurso.

Além destes serviços, o Pronto Socorro também possui serviço de Plantão Policial com atendimento ininterrupto de casos de evasão, atropelamentos, acidentes, agressões e mortes violentas, entre outros. O investigador plantonista orienta os usuários e familiares com relação às providências para a feitura do Boletim de Ocorrência.

3 – Atribuições e Práticas do Serviço Social do Pronto Socorro

O Serviço Social do Pronto Socorro está inserido na Divisão de Serviço Social Médico do Instituto Central, ao lado do Serviço Social de Ambulatório e Serviço Social de Enfermaria.

Tendo em vista que não é objetivo do presente estudo o resgate da trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas, consideramos importante elencar alguns dados sobre este serviço desde a sua criação até os dias atuais⁴⁹

O Serviço Social do Hospital das Clínicas está presente desde sua inauguração, através do Decreto Lei 13.635 de 27 de dezembro de 1944 (BELINI & ALBUQUERQUE, 1982).

Os atendimentos realizados pelo Serviço Social eram a Seleção de usuários a serem admitidos no Hospital das Clínicas, conforme classificação sócio-econômica da época, bem como atividades nos ambulatórios e enfermarias.

Tais atividades assistenciais eram voltadas ao fornecimento de auxílio concreto e materiais médico-hospitalares como auxílio monetário, óculos, meias elásticas e bolsas de colostomia, e remoção e transferências para albergues, asilos,

⁴⁹ Para dados históricos da Trajetória do Serviço Social do Instituto Central do Hospital das Clínicas consultar Belini e Albuquerque (1983), Andrade (1995), Ferreira (1996), Cardoso (2002), Albernaz (2002), Manzano (2002), Couto (2003), Gasparini (2003), Lima (2003) e Revista do Serviço Social do Hospital das Clínicas Vols. 1 à 11.

entre outros. Além da investigação social, cabia ao Serviço Social orientar o usuário não admitido a procurar os serviços que pudessem oferecer a assistência médico-social.

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e pensões em 1967 (INPS), e com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, o Hospital das Clínicas que tinha em sua clientela a presença esmagadora de indigentes, passou a receber a classe trabalhadora, alterando-se então as regras de seleção para admissão: usuários não beneficiários de outras instituições de saúde, usuários beneficiários de outras instituições de saúde com as quais o Hospital das Clínicas mantinha convênio e usuários beneficiários de outras instituições com as quais o HC não mantinha convênio, sendo cobradas taxas de complementação no atendimento.

Na década de 1970, o Hospital das Clínicas impulsiona o seu crescimento, momento em que o Serviço Social participa ativamente na implantação dos respectivos Institutos, passando a ser referência em outros serviços de saúde. Neste período foi criado o Grupo de Trabalho e Entrosamento com os Recursos da Comunidade⁵⁰, responsável pela atualização do cadastro de recursos da comunidade.

Em 1983, com a Ordem de Serviço 383, o Hospital das Clínicas começou a atender a toda a população, independente do vínculo previdenciário e situação socioeconômica. O Serviço de Seleção Econômico Social passou a assumir funções de orientação e encaminhamento da população dispensada a outros recursos de saúde.

Em março de 1986, extingue-se a classificação econômico-social. O Serviço de Seleção em Pronto Socorro continuou a atuando na transferência de usuários a outros hospitais, e em junho de 1988 transformou-se em Serviço de Atendimento Social em Pronto Socorro, funcionando 24 horas, inclusive nos serviços de encaminhamentos e orientações à população dispensada.

Na década de 1990, estes encaminhamentos passaram a ser realizados através do Sistema Nacional de Recursos da Comunidade – SINARC, criado pelo Setor de Entrosamento com a Comunidade - SEC, proposto pelo Serviço Social em parceria com a Divisão de Informática Médica – DIM, significando um avanço profissional e facilitando os referidos encaminhamentos.

⁵⁰ Posteriormente, este Serviço passou a ser denominado de Setor de Entrosamento com a Comunidade – SEC.

Atualmente, o quadro de servidores é composto por 10 assistentes sociais, sendo: uma diretora de serviço técnico, duas assistentes sociais chefes (uma responsável pelo período da manhã e outra, pelo período da tarde e noturno), uma assistente social encarregada, e cinco assistentes sociais de “base” (sendo três pela manhã, uma no período intermediário, uma à tarde e uma no período noturno).

Quanto aos agentes administrativos que atuam no Serviço Social, auxiliando as assistentes sociais nos encaminhamentos, transferências hospitalares e rotinas administrativas, são 5 servidores sendo, um no período da manhã, um no período intermediário e três no horário noturno.

O Serviço Social está localizado na entrada principal do Pronto Socorro, próximo ao AIPS e à Seção de Registro. Por esse motivo, geralmente os usuários de dirigem ao Serviço Social para solicitarem informações das mais diversas naturezas, assim como também para fazer solicitações de diferentes auxílios, inclusive financeiro (em geral, solicitação de passes de ônibus). Essa população, geralmente chega ao Serviço Social emocionalmente fragilizada frente à situação de doença, seja o próprio usuário ou o familiar, além das dificuldades enfrentadas no próprio Sistema de Saúde.

Os assistentes sociais realizam visitas às clínicas pertencentes ao Pronto Socorro, conversando com os usuários de forma a identificar os casos com os quais será necessário um acompanhamento mais sistemático, estudar quais serão os encaminhamentos possíveis.

Quando a equipe médica e de enfermagem identificam que os usuários/familiares necessitam de orientações e acompanhamento, também discutem o caso com os assistentes sociais.

Independente da forma pela qual o usuário é encaminhado ao Serviço Social é preenchida uma ficha de atendimento – Avaliação Social, sendo esta uma documentação interna do Serviço Social, constando dados pessoais do usuário, como nome completo, endereço, telefone para contato, referências e nomes de familiares, que darão subsídios ao acompanhamento e intervenções a serem realizadas.

Em todos estes casos, o assistente social atua junto aos usuários e familiares na perspectiva de acolhê-los, orientá-los sobre as rotinas da instituição, fornecendo orientações previdenciárias e trabalhistas e sobre a alta hospitalar, atuando nos protocolos clínicos, abordagem de doação de órgãos e às vítimas de abuso sexual.

Para que os atendimentos aos usuários e familiares sejam realizados conforme a complexidade e natureza do caso, o Serviço Social estabeleceu uma classificação para esses atendimentos destes casos, sendo:

- **Casos comuns:** em geral atendimentos realizados a usuários na faixa etária de 18 à 59 anos, em que há procura espontânea por parte do usuário ou familiar, solicitando apoio, orientação trabalhista e previdenciária, entre outras.

- **Criança/Adolescente:** atendimentos realizados a usuários entre a faixa etária de 0 12 anos, identificando os familiares responsáveis, em quais circunstâncias a criança/adolescente foi hospitalizado para eventual necessidade de notificação ao Conselho Tutelar ou Varas de Infância e Juventude.

- **Idosos:** usuários a partir dos 60 anos. Nestes casos, o Serviço Social inicia o acompanhamento identificando familiares, tendo em vista verificar a retaguarda social e quem se responsabilizará pelos cuidados posteriores à alta.

- **Moradores de Rua:** quando estes usuários dão entrada no Pronto Socorro, o Serviço Social realiza atendimentos procurando localizar familiares ou amigos que possam acompanhá-los na ocasião da alta. Quando os usuários não contam com suporte familiar ou social, realizados encaminhamentos para albergues ou casa de cuidados, quando necessário.

- **Diálise:** usuários que apresentam quadro de insuficiência renal, os chamados “dialíticos”. Nos casos em que os usuários já realizam acompanhamento em clínica especializada, o Serviço Social viabiliza a continuidade do usuário no referido recurso, providenciando ambulância para que a vaga não seja perdida durante o período e sua internação no Pronto Socorro. Nos casos em que o diagnóstico é feito no Pronto Socorro, após indicação médica, o Serviço Social solicita a vaga junto à Secretaria Municipal de Saúde, conforme a região de moradia do usuário, orientando os familiares sobre os procedimentos.

- **Psiquiátricos:** Nestes casos o Serviço Social realiza acompanhamento visando a localização de familiares se responsabilizarão pelos usuários após a alta ou eventual necessidade de transferência para um hospital psiquiátrico.

- **Evasão:** Trata-se de casos em que os usuários em acompanhamento no Pronto Socorro (observação ou internação) empreendem fuga sem autorização médica. A enfermeira notifica ao Plantão Policial, que providencia a feitura do Talão de Ocorrência, e ao Serviço Sócia, para que localize o familiar ou o usuário por contato telefônico ou telegrama, solicitando o seu retorno para o término do acompanhamento médico, caso seja necessário.

- **Casos críticos:** São usuários que independente da faixa etária apresentam problemas durante a permanência no Pronto Socorro de ordem pessoal ou familiar. Em geral são usuários cuja independência (temporária ou permanente) para as atividades da vida diária estão comprometidas e por motivos de dificuldades de ordem familiar, não podem retornar ao lar, entre outras situações.

Desconhecidos: Usuários que dão entrada no Pronto Socorro sem identificação, ou seja, que sofreram algum acidente de trânsito ou são vítimas de violência. A partir de dados da ficha de internação e informações sobre o Boletim de Ocorrência ou de objetos encontrados com o usuário, o Serviço Social inicia a localização de familiares e em alguns casos, solicita o exame de papiloscopia⁵¹ junto ao Instituto de Identificação Ricardo Gumbleton Daunt – IIRGD- da Secretaria de Segurança Pública – SSP.

- Encaminhamentos aos Recursos da Comunidade

Conforme anteriormente mencionado, os usuários que passam em atendimento médico ou de enfermagem no AIPS ou no Pronto Socorro e recebem encaminhamento para acompanhamento médico junto local de moradia, são orientados a procurarem o Serviço Social para indicação de recursos de saúde da comunidade.

Este atendimento é realizado pelo agente administrativo pertencente ao quadro de funcionários do Serviço Social do Pronto Socorro.

O agente administrativo verifica no formulário de encaminhamento qual a especialidade médica indicada ao usuário solicita informações sobre o seu local de moradia. Com estes dados, o agente administrativo faz a pesquisa no SINARC e ao localizar o recurso, é impressa uma etiqueta, anexada no encaminhamento.

Estes encaminhamentos, em geral, são para as Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades ou ainda para a Secretária Estadual da Saúde, conforme a especialidade. Neste último caso, através de contato telefônico, o usuário é encaminhando para o recurso correspondente ao indicado pelo médico.

⁵¹Papiloscopia é a ciência que visa a identificação pessoal através do estudo dos desenhos das papilas da pele. Se divide em: datiloscopia (estudo dos desenhos papilares dos dedos), quiroscopia (estudo dos desenhos papilares da palma das mãos) e podoscopia (estudo dos desenhos papilares da planta dos pés). <http://www.mail-archive.com/arquivologia-l@listas.ufba.br/msg00083.html>

- Transferências Hospitalares

As transferências hospitalares de usuários do Pronto Socorro se realizam por indicação médica, quando o usuário necessita internação prolongada ou por solicitação do próprio usuário, quando possui convênio médico ou tem direito a atendimento especializado (funcionários públicos), após autorização da equipe médica. O Serviço Social realiza acompanhamento em ambas as situações, porém, com demandas distintas.

No caso das transferências hospitalares por indicação médica, em que os usuários são transferidos para os hospitais auxiliares ou para outros recursos, as assistentes sociais realizam abordagem junto à família, sensibilizando sobre a transferência hospitalar devido à necessidade de tratamento prolongado, evitando o risco de infecções e, até mesmo, pela impossibilidade dos usuários permanecerem em macas no saguão do Pronto Socorro.

O fato dos usuários estarem internados no Hospital das Clínicas, traz segurança para os familiares, ainda que seja nas condições acima. Por meio de reflexão e mediação do Serviço Social entre a equipe médica e a família, na maioria dos casos, as transferências são realizadas. Nos casos em que não há concordância, os usuários permanecem no Pronto Socorro até a alta hospitalar.

Usuários que possuem convênio médico⁵² ou são funcionários públicos, cujas instituições oferecem atendimento médico em hospitais próprios (Hospital do Servidor Público Estadual e Municipal e Hospital da Polícia Militar), o Serviço Social orienta os familiares sobre os procedimentos, mantendo contato com as centrais de atendimento dos convênios ou dos demais hospitais.

- Participação do Serviço Social na Abordagem de Doação de Órgãos, Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e Protocolos Clínicos

Em todos os atendimentos acima, o Serviço Social tem papel fundamental na orientação e acolhimento dos usuários e familiares que em geral, estão debilitados ou atravessando um momento delicado, especialmente nos casos de violência sexual e abordagem de doação de órgãos.

⁵² Nestes casos, o Serviço Social providencia a transferência hospitalar somente das assistências médicas com as quais o Hospital das Clínicas não mantém convênio. Caso contrário, é o próprio Hospital quem realiza a transferência

- Abordagem de Doação de Órgãos

Todos os familiares, cujo usuário foi a óbito no Instituto Central, são encaminhados ao Serviço Social para abordagem de doação de córneas ou válvulas do coração. O enfermeiro da OPO e o assistente social plantonista, explicitam aos familiares sobre a doação de órgãos, sensibilizando a família sobre a importância deste ato.

Este é um tipo de atendimento que necessita de muita habilidade por parte do assistente social, por que geralmente, é quem mantém o primeiro contato com a família e explicita o motivo da abordagem.

Nos casos de usuários com morte encefálica, considerados como “potencial doador”, quando encaminhados ao Serviço Social, os familiares já estão sabendo do motivo do atendimento, sendo também uma situação que requer particular atenção por parte do assistente social.

Em ambas as situações, o assistente social atua na perspectiva de acolher a família, orientando quanto ao significado da doação, conjuntamente com o enfermeiro, e ainda colhe dados pessoais para preenchimento da ficha de avaliação social.

É importante que os assistentes sociais respeitem a decisão dos familiares, dada a situação de perda que estão vivenciando. Independente da decisão dos familiares cabe ao assistente social orientar e informar sobre os direitos legais, previdenciários que possuem, assim como também sobre os procedimentos funerários.

- Atendimento às Vítimas de Abuso Sexual - NAVIS

Após o atendimento da equipe médica e de enfermagem, as vítimas de violência sexual são encaminhadas ao Serviço Social para o acolhimento e elaboração do diagnóstico social que servirá de subsídio para o prosseguimento ambulatorial.

O assistente social efetua as orientações quanto à importância do Registro de Boletim de Ocorrência e realização do Exame de Corpo de Delito junto ao Instituto Médico Legal – IML. Nos casos de violência sexual à criança/adolescente, o assistente social informa sobre a necessidade de notificação à Vara de Infância e Juventude competente, providenciando o laudo médico e relatório social.

Neste sentido, o papel do assistente social é não só acolher, como também orientar, informando sobre a importância do tratamento, como forma de garantir a saúde e prevenir doenças.

- Protocolos Clínicos – Cetoacidose Diabética e Pneumonia Adquirida na Comunidade

Em ambos os protocolos clínicos, além de providenciar dados sociais e preencher os formulários específicos, o assistente social realiza o atendimento também na perspectiva de esclarecer sobre a importância do tratamento e encaminhar o usuário/familiar para o recurso mais próximo de sua residência. É orientado também a proceder da mesma forma em situação de necessidade de atendimento de emergência.

Posteriormente, o assistente social, entra em contato com este usuário para saber se seguiu o tratamento corretamente e se está realizando acompanhamento ambulatorial. No caso do Protocolo de Pneumonia, o contato é feito em trinta dias após atendimento no Pronto Socorro e no Protocolo de Cetoacidose Diabética num período de seis meses. Desse modo, o assistente social orienta não apenas no sentido de evitar que este usuário retorne ao hospital, como também promove a participação do usuário no processo de recuperação da sua saúde.

O Serviço Social do Pronto Socorro também dá retaguarda às demais unidades do Instituto Central, ou seja, ambulatórios e enfermarias, nos períodos entre 19h e 07h e nos finais de semana e feriados, atendendo aos casos que demandam intervenção das assistentes sociais.

A fim de melhor direcionar os usuários, o Serviço Social do Pronto Socorro ainda mantém trabalho em rede com os demais serviços do SUS.

Além disso, também participa da organização de eventos realizados pela Divisão de Serviço Social Médico⁵³ e está presente nas Comissões e Grupos que planejam, elaboram e discutem os trabalhos a serem realizados no Pronto Socorro como a Comissão de Transplante de Órgãos e Tecidos, NAVIS, entre outros.

O Serviço Social ainda conta com o apoio da Associação de Voluntárias do Hospital das Clínicas – AVOHC, que realiza doações de roupas, cadeiras de rodas e de banho, muletas e demais materiais hospitalares, passagens rodoviárias e áreas

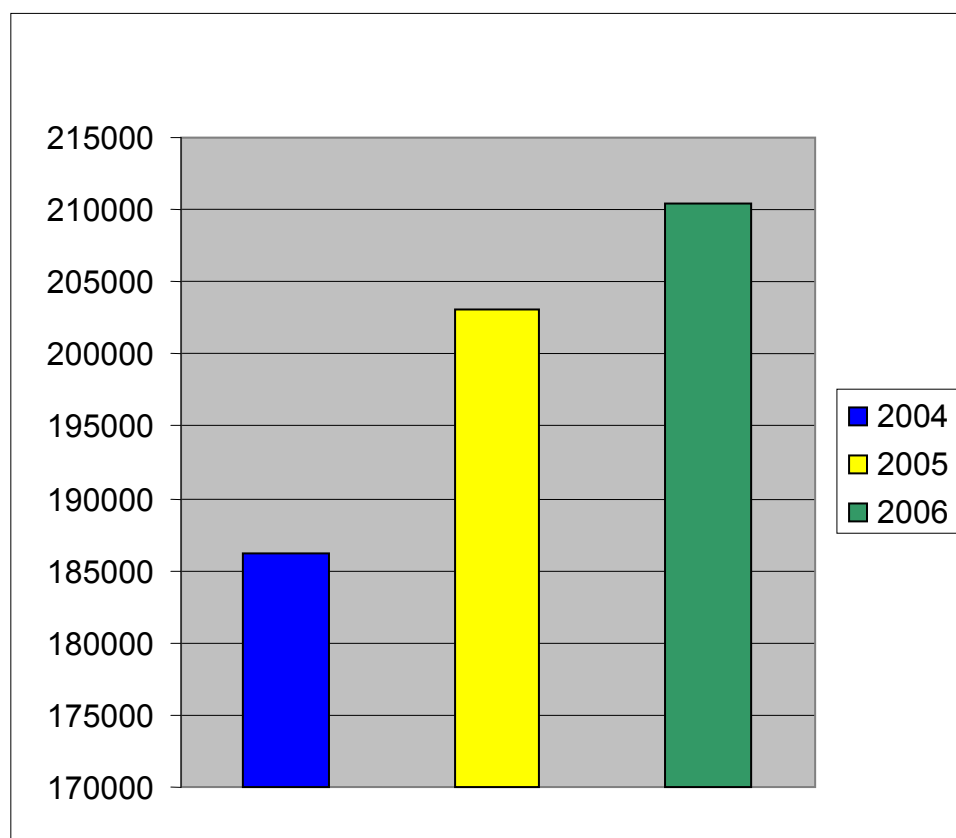
⁵³ Em 2002 e 2004, o Serviço Social do Pronto Socorro organizou, respectivamente, o I e II Fóruns de Serviço Social em Emergências.

para outras cidades e estados a todos os pacientes atendidos no Pronto Socorro, que necessitam de algum tipo de auxílio, após criteriosa avaliação social⁵⁴.

Considerando-se que um serviço de emergências atende às mais diversas situações, é válido salientar que as atribuições aqui apresentadas refletem as características gerais dos atendimentos realizados pelo Serviço Social, o que significa que as apresentações feitas não mensuram a complexidade de tais atribuições.

A seguir, o movimento estatístico dos pacientes atendidos no Pronto Socorro do Instituto Central e da atuação do Serviço Social no período de 2004 à 2006.

- Figura1: Atendimentos realizados pelo Pronto Socorro do ICHC no período de 2004 a 2006. São Paulo-2007.



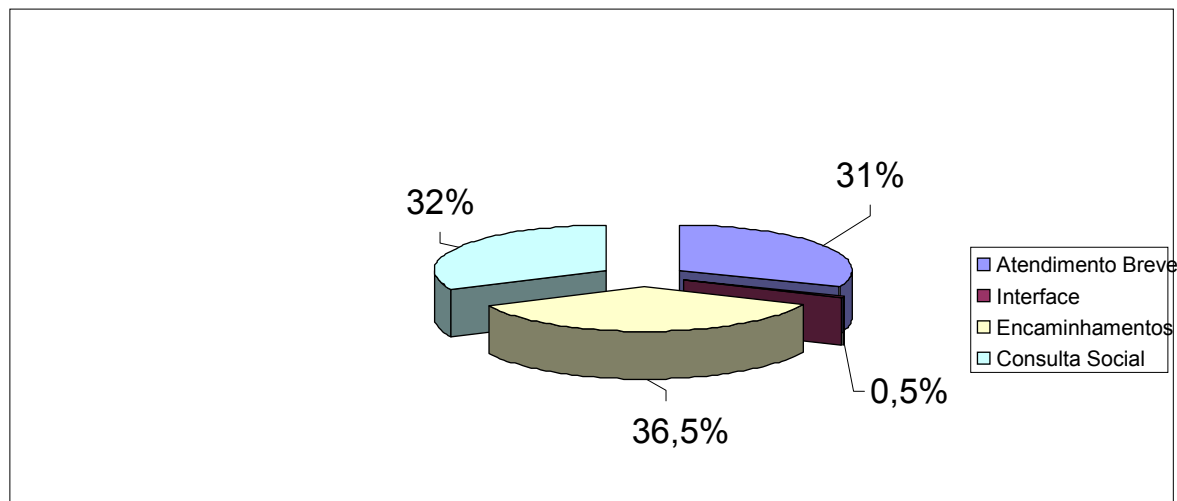
Fonte: Seção de Registro do Pronto Socorro – ICHC

O gráfico acima demonstra uma evolução dos usuários que deram entrada no Pronto Socorro entre os períodos de 2004 à 2006. Estes dados se referem a usuários atendidos pelo SUS.

⁵⁴ É válido ressaltar que a Divisão de Serviço Social Médico do Instituto Central, também providencia auxílio aos pacientes atendidos neste Instituto através de recursos obtidos por doação e também arrecadados através da Banca Móvel e de bazares beneficentes que são realizados pela divisão. Todavia, nem todas as solicitações podem ser atendidas pela divisão que conta com o apoio da AVOCH.

Observa-se que houve um aumento gradativo de usuários, o que significa que cada vez mais a população tem recorrido aos serviços do Pronto Socorro do Instituto Central.

- Figura 2: Atendimentos realizados pelo Serviço Social do Pronto Socorro do ICHC no período de 2004. São Paulo-2007.



Fonte: Serviço Social do Pronto Socorro - ICHC⁵⁵

Os atendimentos denominados de “consulta social”, são os que se referem apenas aos realizados pelos assistentes sociais do Serviço de Pronto Socorro.

Conforme anteriormente relatado, o Serviço Social providencia o preenchimento do formulário “Avaliação Social” a todos os casos em que há a intervenção do assistente social, onde são relatados todos os contatos com os usuários/familiares e com outros serviços internos e externos, orientações, discussões de casos com a equipe médica e de enfermagem, e providências referentes aos usuários. Diariamente estes contatos são anotados em um livro de atendimento interno, e ao final do mês os profissionais elaboram uma estatística individual para que sejam contabilizados todos os atendimentos realizados.

Estes resultados não se referem ao número de usuários atendidos, mas ao número de atendimentos realizados a cada usuário/familiar acompanhado pelo Serviço Social. Sendo assim, os resultados refletem não apenas dados numéricos, mas também a complexidade destes acompanhamentos, tendo em vista que há situações em que o assistente social, num único atendimento, realiza diversas intervenções.

Os encaminhamentos, em geral, são realizados pelos agentes administrativos, mas em algumas situações, como por exemplo, se o agente estiver

⁵⁵ Os dados estatísticos se referem ao período de Abr-2004 a Dez-2004.

envolvido em algum atendimento ou em rotinas administrativas, entre outros, o assistente social também o faz.

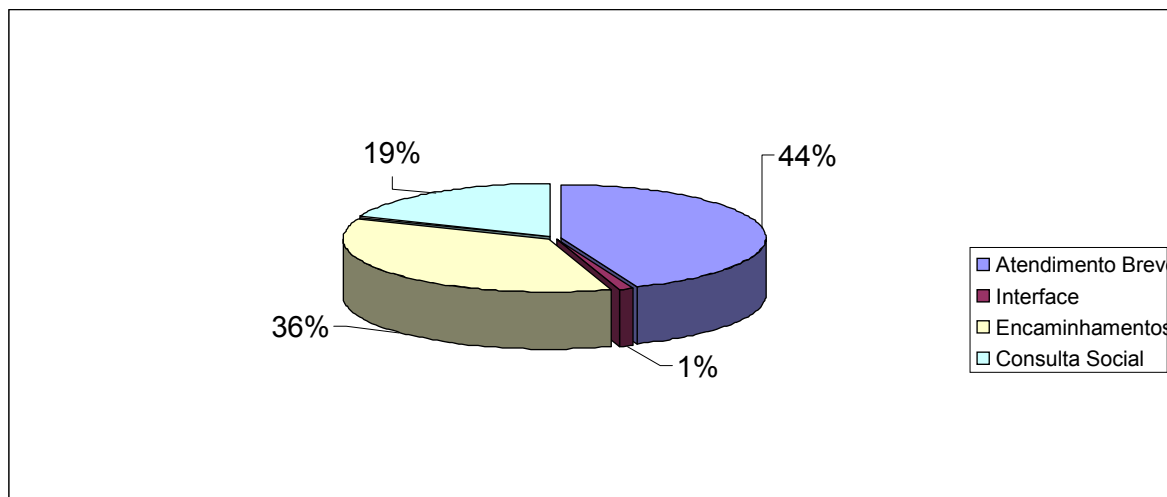
Os atendimentos denominados “interface” se referem aos contatos mantidos com outros recursos da comunidade, geralmente, aqueles em que os encaminhamentos serão realizados ou ainda para obter informações sobre os serviços oferecidos. Conforme a necessidade é mantido contato telefônico informando a situação do usuário, a fim de que ele tenha atendimento garantido e que o outro recurso tenha conhecimento do caso quando recebê-lo. É válido salientar que nos atendimentos realizados pelos assistentes sociais, também englobam os contatos realizados com os recursos da comunidade.

O “atendimento breve” é aquele que envolve orientações diversas, atendimentos telefônicos, em geral, de usuários e outras instituições que solicitam informações através de ligações, demandas estas que não necessitam de preenchimento de ficha para acompanhamento, porém são anotados em livro próprio. Este atendimento é realizado por todos os servidores do Serviço Social.

Os dados revelam que há uma grande procura para atendimento do Serviço Social por parte dos usuários para obter não só os encaminhamentos, como também informações diversas. Como já dito anteriormente, muitas pessoas se dirigem ao Serviço Social, uma vez que este serviço fica próximo à entrada do Pronto Socorro.

Pelo gráfico, observa-se que houve um relativo equilíbrio entre os atendimentos de consulta social, encaminhamento e atendimento breve, porém estes atendimentos se referem ao período de abril-2004 à dezembro-2004.

- Figura 3: Atendimentos realizados pelo Serviço Social do Pronto Socorro do ICHC no período de 2005. São Paulo-2007.

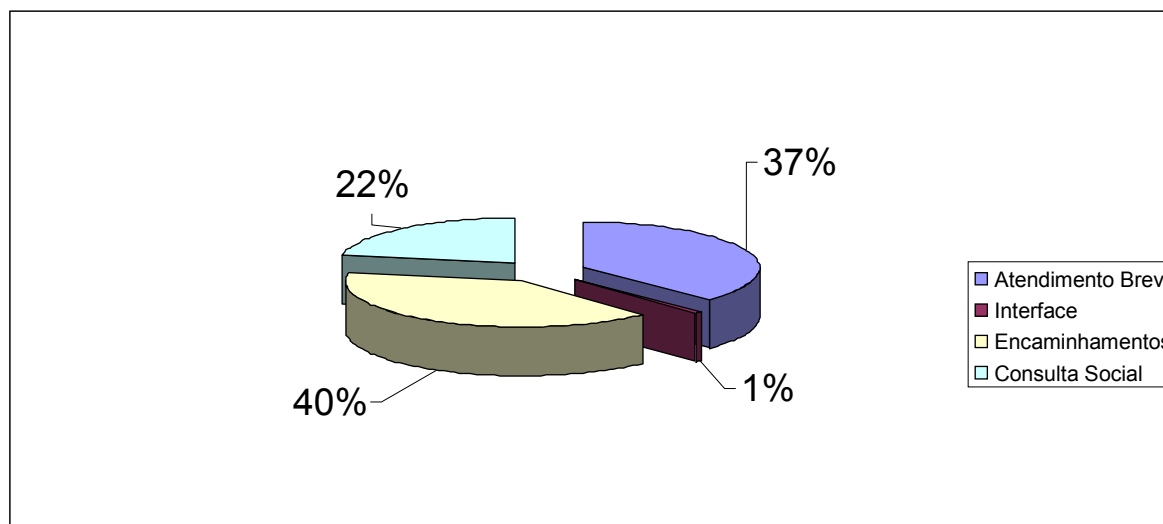


Fonte: Serviço Social do Pronto Socorro - ICHC

Em termos comparativos com o ano anterior, os dados demonstram que em 2005 houve estabilidade no que se refere aos encaminhamentos e no caso da interface com os recursos da comunidade, os atendimentos dobraram. Quanto às consultas sociais, aparentemente houve considerável diminuição, ocorrendo o inverso com os atendimentos breves. Contudo, na tabulação, observou-se quando considerados separadamente dos demais atendimentos, as consultas sociais mantiveram-se estáveis em relação à 2004. Como ocorreu um aumento substantivo dos atendimentos breves, somados aos demais atendimentos, houve interferência nos demais atendimentos em termos percentuais.

O atendimento crescente é reflexo do próprio Sistema de Saúde devido à falta de recursos para atender a toda a população, acrescida da falta de conhecimento dos usuários sobre o atendimento regionalizado, hierarquizado e por complexidade. Sendo assim, as pessoas tendem a procurar espontaneamente os serviços de saúde, sobretudo os prontos socorros.

- Figura 4: Atendimentos realizados pelo Serviço Social do Pronto Socorro do ICHC no período de 2006. São Paulo-2007.



Fonte: Serviço Social do Pronto Socorro - ICHC

Com relação ao ano de 2006, a figura revela que houve uma queda nos atendimentos breves, com relativo aumento nos encaminhamentos e nas consultas sociais e estabilidade no que se refere à interface com a comunidade. Observou-se, porém, que quando isolados, os números referentes à interface demonstraram aumento gradativo entre os anos de 2005-2006.

CAPÍTULO IV - SIGNIFICADOS DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NO PRONTO SOCORRO DO INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP NAS PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS

Neste capítulo são analisadas as percepções dos entrevistados sobre o processo de efetivação da humanização no Pronto Socorro.

Primeiramente, é apresentada a formação do Comitê HumanizaHC e da Coordenadoria de Hospitalidade e quais as ações de humanização voltadas ao Pronto Socorro.

Num segundo momento, são evidenciadas as falas dos profissionais do PS sobre o processo de humanização e posteriormente apresentam-se as contribuições dos assistentes sociais para a efetivação do direito à saúde e à cidadania.

1 – O processo de institucionalização da Política Nacional de Humanização no Hospital das Clínicas da FMUSP

Conforme mencionado no Capítulo II, com a aprovação do Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar, os hospitais escolhidos para participarem do Projeto-Piloto teriam que formar os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que permitiriam a realização de iniciativas humanizadoras.

No período estudado, entre 2004-2006, o Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, que posteriormente passou a se chamar HumanizaHC, teve dois coordenadores médicos e dois coordenadores não médicos. O entrevistado não médico H-1 ficou na coordenação no período de dezembro/2001 até fevereiro/2006 e o entrevistado não médico H-2 de fevereiro/2006 até março/2007.

Este grupo, localizado no Prédio da Administração do Hospital das Clínicas, coordena todas as atividades de humanização do Complexo Hospitalar, sendo que cada Instituto tem o seu representante.

No caso do Instituto Central, a representante é a entrevistada H-3, que também é responsável pela Coordenadoria de Hospitalidade.

Apresenta-se a seguir, como se deu a formação do Humaniza HC e da Coordenadoria de Hospitalidade do Instituto Central, identificando quais são os trabalhos realizados pelos grupos e quais são as ações direcionadas ao Pronto Socorro do Instituto Central.

▪ **A formação do Comitê Humaniza HCFMUSP - HumanizaHC**

No Hospital das Clínicas da FMUSP, por meio de aprovação do Conselho Deliberativo em 18/12/2001 foi constituído o Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar – HCFMUSP, “definido como espaço coletivo organizado, participativo e democrático que funcionará à maneira de um órgão colegiado e se destinará a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde com os seguintes representantes das diferentes Unidades do Complexo”.

Apesar da aprovação se dar em dezembro de 2001, a Portaria Conjunta nº 01/2002 foi aprovada em 07 de janeiro de 2002, com publicação no Diário Oficial em 08 de maio de 2002.

O entrevistado H-1, que participou deste processo, trouxe em seu relato a experiência da formação deste grupo:

O ministério da Saúde no ano de 2000 lançou o Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Naquele momento foram selecionados 10 hospitais pilotos no Brasil para implantar a atividade. No início de 2001 ele convidou o HC para compor também, pois foi decidido que se expandiria o programa para 96 hospitais, e (...) o Hospital das Clínicas foi incluído e convidado a participar (...) [e] naquele momento a diretoria clínica escolheu cinco pessoas aqui do hospital para fazer um treinamento realizado pelo ministério da Saúde. Então eu fui indicada, uma terapeuta ocupacional que trabalhava no instituto da criança que trabalhava bastante com a questão da humanização, uma enfermeira do InRad [Instituto de Radiologia], uma profissional do próprio Conselho deliberativo do Hospital das Clínicas e a ouvidora do HC no momento que era coordenadora da Ouvidoria do HC também foi convidada. (...) nós cinco fomos efetuar este treinamento (...). Então nos já começamos a trabalhar neste projeto de constituir o grupo, e ele foi realmente implantado em dezembro de 2001. Então um profissional com o olhar voltado para o funcionário e um profissional que tivesse este olhar voltado para o paciente (...), então o grupo foi constituído com essas pessoas. (H-1).

Observa-se que desde a sua formação, o GTH conta com uma equipe interdisciplinar, inclusive com a participação do serviço social.

Na ocasião em que foi constituído, o GTH tinha dentre os seus objetivos difundir uma nova cultura de humanização, capacitar os profissionais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania, conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivo ao tratamento humanizado:

O objetivo geral que nós estabelecemos em acordo até com a política de humanização é de estimular e aperfeiçoar todas as ações e todos os projetos que eram desenvolvidos já no hospital, estimular novos projetos, tanto voltados para os

usuários como para os profissionais, em todas as unidades do HC(...). “Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários; Difundir a cultura de humanização dentro do HC” (...) “Trabalhar todos os profissionais, para ter a ciência de valorizar a vida humana, a questão da cidadania, conceder e implantar novas iniciativas de humanização, fortalecer e articular as iniciativas já existentes”. O nosso eixo é o respeito a todos, a tudo que já vinha sendo desenvolvido. “desenvolver indicadores de resultados, estimular relações harmônicas entre todas unidades”. Então a gente foi trabalhando com este propósito.(H-1).

Pelo relato de H-1, verifica-se que o Hospital das Clínicas, acompanhou o processo de instituição do PNHAH, constituindo o Grupo de Trabalho de Humanização.

Em 10 de abril de 2003, por meio da portaria 011/03, este grupo passou a fazer parte da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas, conforme relato dos entrevistados. O Grupo, que até então não tinha representantes de cada Instituto do Complexo, passou a ter, sendo mantido alguns integrantes que já faziam parte do grupo, e outros, foram indicados pela Diretoria Executiva de cada Instituto:

Em 2002 o grupo... no final de 2003, com a mudança da Diretoria do Setor Clínico do Hospital a decisão foi de que o grupo de humanização ele ficasse ligado a Comissão de Bioética, nós trabalhávamos com esta questão do efeito de movimento mesmo, ele passou a ser subordinado à Comissão de Bioética (...). A gente teve algumas reformulações do grupo, ele passou a ter um representante de cada Instituto, e aí por indicação ou mantendo alguns elementos que estavam, ou por indicação da Diretoria Executiva de cada Instituto. (H-1).

Conforme consta nesta Portaria, o Grupo passou a ser Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar. “definido como um espaço coletivo, participativo e democrático que funcionará a maneira de um órgão colegiado e se destinará à empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”.

A Comissão de Bioética – CoBi – pertence à Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da FMUSP, tendo iniciado as atividades em 21 de maio de 1996. Esta Comissão tem caráter técnico-científico permanente, cuja finalidade é assessorar o Diretor Clínico do HCFMUSP e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nas questões de natureza bioética, com ênfase nas ações educativas, de divulgação, promovendo a integração entre os profissionais de saúde e a comunidade.

No ano de 2005, o Regimento Interno da CoBi teve uma nova reformulação, na qual o Grupo de Trabalho passou a fazer parte da estrutura da Comissão e cada Instituto do Complexo passou a constituir um sub grupo de humanização com ações integradas ao Grupo de Trabalho.

Com esta alteração, o Grupo de Trabalho passou a ser o Comitê Humaniza HCFMUSP, com o nome fantasia de “HumanizaHC”.

Este Comitê passou a ser composto por um coordenador médico, um coordenador não médico⁵⁶, representantes de categorias não médicas dos Institutos do Complexo, devendo todos os integrantes do Comitê terem experiência em ações de humanização.

Apesar da entrevistada H-2 não ter participado destas mudanças, trouxe detalhes a respeito deste processo:

(...) que existe um Regimento Interno da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, que se chama CoBi, e que este regimento foi aprovado em 13/05/2005. Neste regimento, na ocasião em 2005, a coordenadora era a H-1, e o coordenador Médico, porque ela era coordenadora da profissão não médica. Porque a partir da hora que sai este regimento, este regimento prevê duas coordenadorias, e o Grupo de Humanização, ele passa se chamar Humaniza HC. Ele não passa a mais ser Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar e ele passa a ser Humaniza HC (...) a partir de 2005, uma parte foi a [H-1] e o coordenador médico foi o Prof. [M.G.]. (...) Então no regimento interno, a CoBi compreende o Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, que está dentro da estrutura. Ele sai de uma estrutura singular, porque ele estava meio solto (...). (H-2).

Por orientação do próprio diretor clínico, “cada instituto deverá compor oficialmente, inclusive através de portaria, o seu Comitê Interno, os coordenadores desse comitê, em conjunto com dois membros da CoBi, um representante de usuário, mais um aluno da FMUSP que irão integrar o Comitê Humaniza HC” (H-2).

No mês de fevereiro de 2006, o Comitê passou por novas mudanças, e houve substituição das coordenadoras das áreas médicas e não médicas:

A partir de fevereiro de 2006, nós fomos renomeados pela Comissão, e ficou eu na parte da coordenação não médica, e a Dra. P. [na coordenação da parte médica] (...) (H-2).

Verificou-se que as mudanças pelas quais o Comitê de Humanização do Hospital das Clínicas refletem nos processos de trabalhos voltados à humanização:

Então, são as mudanças (...) que também acontecem pelo caminho. E no planejamento desta pessoa que vai entrar, tudo aquilo que a gente já havia previsto, principalmente trabalhar com os quatro eixos principais que é trabalhar com os trabalhadores, usuários e profissionais dos hospitais e com a comunidade, a gente estava tentando pegar todas as metas, voltando para as metas. Porque a gente tentou Brasília e está tudo desorganizado lá em cima ainda. (H-3).

⁵⁶ Este coordenador tem que ser um profissional que não tenha formação em Medicina, podendo ser de qualquer outra área.

As mudanças, porém, não significaram que os trabalhos fiquem paralisados, pois na nova coordenação, também se priorizou seguir as quatro metas estabelecidas pelo HumanizaSUS.

▪ **A formação da Coordenadoria de Hospitalidade do Instituto Central**

Após a atual coordenadora da Hospitalidade elaborar um projeto, propondo a necessidade de um serviço que trabalhasse questões voltadas para o atendimento aos usuários, foi criada em junho/2004, pelo Conselho Diretor e pela Diretoria Executiva do Instituto Central a Coordenadoria de Hospitalidade do Instituto Central:

Então, desde trabalhar com o porteiro como ele recepcionava o cliente, como ele atendia o telefone e as pessoas atendiam, como eles eram recebidos nos guichês de atendimento nas diferentes portarias, enfim este era o principal objetivo. Aí nós elaboramos um projeto, apresentamos à diretoria executiva e foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Diretor e pelo Diretor Executivo da época, e aí nós iniciamos nosso cadastro, a partir daí. (H-3).

Os objetivos da Coordenadoria são integrar e racionalizar as atividades realizadas pelos diferentes serviços do Instituto Central, contribuindo para o tratamento médico, aperfeiçoando as relações humanas e humanizar o ambiente hospitalar:

O objetivo maior de fato é a integração de uma filosofia única de atendimento mais humanizado. (...) No hospital, uma instituição de 64 anos de idade, uma cultura já de muitos anos [vertical] e que agora é que começa uma {horizontalidade} esta integração é extremamente difícil (...), mas é muito difícil procurar integrar com os demais serviços e fazer uma coisa única. Não precisa ser única para todo mundo, mas pelo menos troca de experiência, então é ainda muito difícil. (...) você pode ver em algumas divisões, farmácia, a própria enfermagem, com projetos excelentes, mas fechados dentro de sua área. Então acaba sendo não tão produtivo assim, porque não existe esta troca. (H-3).

Pelo relato da entrevistada constatou-se que a criação desta coordenadoria é unificar os serviços ou pelo menos, criar uma sintonia entre eles, dada as especificidades de cada serviço. O fato das distintas divisões do Instituto Central terem projetos específicos e internos impõe à Coordenadoria dificuldades para integrá-las.

A entrevistada menciona que o Hospital das Clínicas está passando por um “processo de horizontalidade”, e neste sentido, entende que as mudanças tendem a ocorrer gradualmente.

Em virtude das atividades da Coordenadoria serem recentes, este fato pode dificultar a integração destes serviços em curto prazo.

Além da integração dos distintos serviços, a Coordenadoria de Hospitalidade vê na hotelaria hospitalar a possibilidade de agregar aspectos relacionados ao conforto do ambiente e incentivar os profissionais a uma mudança de postura em relação ao trabalho:

O grupo de trabalho nasceu com o objetivo maior de integrar os diferentes serviços de apoio, a gente implantar uma nova cultura e uma filosofia de gestão, onde a maior preocupação seria realmente o conforto e o bem estar do cliente, abordando alguns aspectos da hotelaria hospitalar. Então a gente convidou todos os profissionais que representavam o serviço de apoio: Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Higiene e Limpeza, o Departamento de Recursos Humanos, o Registro Geral, o Laboratório, enfim, todos os serviços de apoio do Complexo (H-3).

A entrevistada H-3 foi a primeira coordenadora da Hospitalidade, permanecendo no cargo até o momento. Quando a Coordenadoria foi instituída, o Instituto Central já contava com um representante no Comitê HumanizaHC. Como houve um entendimento de que estes dois serviços, ou seja, subgrupo de humanização e a hospitalidade, tinham características convergentes, a entrevistada H-3 passou a coordenar as duas atividades.

(...) foi criado também o grupo de Hospitalidade, onde o foco era a Hotelaria Hospitalar, que era proporcionar conforto ao doente, que é a própria humanização. Quando surgiu este grupo de hospitalidade, o responsável pelo grupo de humanização, que representava o IC era o [C] e ele começou a participar do grupo de hospitalidade e achou que os dois grupos poderiam se fundir. Aí eu passei realmente a integrar o grupo de humanização do complexo HC, como eu já tinha dito antes do IC.

Na visão de H-3, hotelaria hospitalar é humanização, já que um dos objetivos da Coordenadoria é oferecer conforto ao doente.

Percebeu-se também em seu relato, a presença marcante do termo “cliente”, ao invés de “paciente” ou “usuário”, sendo estes um dos preceitos da Hotelaria Hospitalar, conforme GUIMARÃES et al. (2007).

Em termos de formação e composição do Comitê HumanizaHC, e da Hospitalidade, foi verificado que os processos se deram de maneiras distintas.

No caso da Coordenadoria de Hospitalidade houve estabilidade em seu processo, uma vez que até o presente momento não ocorreram modificações e a coordenadora permanece à frente das atividades até o momento.

Com relação ao Comitê HumanizaHC, além das mudanças administrativas que o grupo sofreu, houve algumas alterações na coordenação, sendo que as duas últimas ocorreram em um ano. Atualmente o HumanizaHC tem apenas um coordenador que é da área médica.

Após a explanação do Comitê HumanizaHC e da Coordenadoria de Hospitalidade do Instituto Central, é possível iniciar as análises a sobre o processo de institucionalização da humanização e ações voltadas ao Pronto Socorro.

Um ponto relevante é identificarmos a compreensão que os entrevistados que estiveram na coordenação deste processo durante o período estudado têm sobre o significado de atendimento humanizado.

Para a entrevistada H-1, o atendimento humanizado envolve o respeito ao usuário, ou seja, se o profissional tiver um olhar diferenciado ao mesmo, é possível oferecer conforto.

Acho que a palavra que mais define humanização é respeito, quando você respeita a pessoa como pessoa você vai conseguir que o seu atendimento seja humanizado. Porque independente do que você vai obter ou não de resultados positivos em relação àqueles pacientes, se ele tiver este olhar diferenciado ele vai ser bem atendido, porque as limitações da saúde são imensas até enquanto possibilidade de tratamento de cura, porque você tem como objetivo a cura, quer dizer você tem uma dimensão... consegue para aquele problema específico, você sabe que não vai obter cura, [mas] atender em qualidade em conforto na hora da pesquisa medica, por exemplo, então o respeito a pessoa é o que mais define o atendimento humanizado. (H-1).

Nesse sentido, a compreensão de humanização para H-1 envolve aspectos relacionados ao ser humano em todas as suas dimensões, e não apenas na perspectiva da cura.

No entendimento da entrevistada H-3, assim como de Martin (2004), o atendimento humanizado envolve os princípios da bioética:

(...) o cuidado humanizado ele está baseado na relação entre os próprios grupos mais voltados para isso, entendeu? Porque a gente que é mais antigo, a gente fazia. Não existe palavra humanização. Humanização é uma palavra que foi criada, sei lá! Para mim é um nome fantasia, porque tudo o que você tem que fazer você tem que ver a autonomia, você tem que ter todos os princípios da bioética para poder trabalhar dentro desse processo. (H-2).

Em seu ponto de vista, estes princípios permeiam todas as relações, e sendo assim não deveria existir o termo “humanização”. A entrevistada também avalia que a humanização faz parte da formação profissional, devendo constar inclusive nos currículos escolares, a exemplo da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo:

Olha, acredito assim, que cada profissional dentro da sua formação, isso já tem que começar dentro da escola. Por exemplo, uma das políticas, inclusive dentro da Faculdade de Medicina, criou depois de todos estes movimentos que têm havido, dentro da Escola, eles têm uma disciplina de Humanidades, que é muito interessante, tanto é que faz parte o Coordenador de Humanidades dentro da Humanização. Eles

trabalham no primeiro ano, no segundo, no terceiro e no quarto, no quinto e em todos os estágios a Escola tem. Isto não consta dos currículos de todas as escolas. E acho é uma coisa que devia começar a partir... desde escola, para a gente trazer essas idéias, de todos os pensadores e tudo mais. (H-2).

Já a entrevistada H-3 considera estranho o termo “atendimento humanizado”, mas entende que este atendimento está relacionado ao respeito na relação profissional da saúde-paciente:

Estranha esta expressão, mas acredito que o atendimento humanizado envolve o respeito mútuo entre profissional e [paciente], atendimento e compreensão de suas necessidades, atenção, disponibilidade de tempo para atender o paciente fazendo com que o mesmo se sinta muito bem em estar se colocando e tendo liberdade para se expressar. Procurar minimizar a tensão comum no atendimento hospitalar e incentivá-lo a ser o agente de suas ações na busca da promoção de sua saúde.(H-3).

Para a entrevistada, a humanização também significa promover a autonomia e a participação do paciente.

Conforme o HumanizaSUS, “um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde” (2004).

Pelos relatos das entrevistadas, verifica-se que apesar de não haver um consenso exato do que é atendimento humanizado, todas trouxeram nos relatos que a humanização envolve respeito e compromisso entre os sujeitos envolvidos no processo de saúde.

Foi identificado, também nas entrevistas as ações que o Comitê HumanizaHC desenvolvia no Complexo⁵⁷, desde a sua instituição, quando ainda era o Grupo de Trabalho:

Do início, uma das propostas nossas foi efetuar levantamento de tudo que nós tínhamos em todas as unidades. Cada representante trouxe a informação, todos os projetos que estavam sendo desenvolvidos, e a gente foi descobrindo coisas assim extremamente interessantes e que um não sabia o que o outro fazia. Então isto foi uma coisa muito boa, e com este levantamento disponibilizamos todas essas informações no site do HC. Então foi criado um link do Humaniza dentro do site HC, o Humaniza, e nós demos então transparência a todas as ações desenvolvidas em cada Instituto. (H-2).

Pelo relato da entrevistada, observou-se que os diferentes Institutos tinham diversos trabalhos, que puderam ser conhecidos por todos os serviços através do HumanizaHC, o que não significa que este Comitê trabalhava de maneira isolada.

⁵⁷ As informações obtidas em entrevistas com as ex-coordenadoras da área não médica se referem aos períodos em que ambas permaneceram na coordenação, ou seja, a entrevistada H-1 ficou entre os períodos de dez/2001 à fev/2007 e a entrevistada H-2 de fev/2006 à mar/2007.

Não havia ações específicas para cada Instituto, ou seja, cada Instituto desenvolvia diversas atividades, sob coordenação dos respectivos subgrupos.

Todas as ações alcançadas eram reflexos de todos os trabalhos e as melhorias alcançadas foram conquistas da união de todos os trabalhos:

Nós não podemos pensar no grupo de humanização trabalhando isolado, ele trabalhava inserido no contexto institucional, e trabalhando em harmonia com as propostas que já vinham sendo desenvolvidas naquele momento. Então algumas melhorias a gente não pode ver só como a atuação do grupo de humanização, foi um contexto todo de humanização engrossando esta equipe de trabalho e contribuindo com estas observações e com este olhar diferenciado. (H-1).

Com a mudança da coordenação do Comitê Humaniza em fevereiro/2006, a entrevistada H-2 ficou na coordenação da área não médica.

[A coordenação geral] deixava para que cada um...Tinha uma coordenação geral, tinha algumas coisas comuns como o Dia H (...) E ele fazia vários desenvolvimentos, mas sempre mais voltados à preocupação com o paciente. (...) Daí o que [a gente] faria “de pedagógico, educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de profissionais, divulgação de temas de interesse político, democratização, subjetivo e comunicativo”. Então, quando nós assumimos, nós tentamos resgatar (...) o que havia anterior (...) (H-3).

A entrevistada H-2 relatou que durante o período em que esteve na coordenação, o HumanizaHC tentou resgatar algumas atividades da coordenação anterior, sobretudo as ações relacionadas à capacitação, treinamento e democratização de informações.

Foi constatada a necessidade de desenvolver trabalhos voltados aos profissionais, sendo estas as atividades que foram realizadas no período em que esteve na coordenação, juntamente com a coordenadora da área médica, até o início de 2007.

Foi quando em 2007, agora eu já saí da área, tem um novo coordenador. Mas a gente já tentaria trabalhar também a nível dos profissionais, porque a gente detectou quem eram alguns problemas mais sérios, e basicamente neste 2006, a gente começou a dar continuidade (...), fazer palestras informais entre as pessoas, dentro dos Institutos com relação a mais tipos de... Que a gente estava tentando rever levantamentos e tentar trabalhar a Humanização no dia-a-dia. (H-3).

A perspectiva era de que a humanização fosse construída com os profissionais no cotidiano, assim como dar seguimentos às quatro marcas estabelecidas pelo HumanizaSUS:

E a gente iria tentar trabalhar com as quatro metas para serem atingidas pelo menos em médio prazo: “os usuários devem saber quem são os profissionais que cuidam da

sua saúde”, nós íamos trabalhar em cima disso, “as unidades de saúde devem garantir os direitos dos usuários”, do código de direito dos usuários, “e possibilitar o acompanhamento por seus familiares, redução de filas com avaliação de risco, agilidade e acolhimento, e as unidades de saúde devem garantir gestão participativa para os trabalhadores e usuários”. (H-2).

Através das falas acima, foi constatado que as atividades voltadas à humanização no Complexo do Hospital das Clínicas como um todo também passorampor mudanças devido às alterações ocorridas na coordenação desde que o Comitê foi instituído, porém, não houve paralisações.

Apesar do Comitê ser responsável pelos trabalhos voltados à humanização no Hospital das Clínicas, verificou-se que cada Instituto é independente e responsável pelas suas atividades:

Então, as ações no Central eram comandadas por um grupo específico, que no fim, é o grupo Hospitalidade, que é coordenado pela H-3, por todo esse pessoal. Aqui [no IPq] era pela “I”, na Ortopedia era uma “menina” que era da TO. No Instituto da Criança era a “L” que depois saiu e passou para uma outra pessoal. No Incor, também. Cada um é que vinha para essas reuniões da coordenação, inclusive os Hospitais Auxiliares... (H-2).

No que se refere ao Instituto Central, conforme verificado no site⁵⁸ do Hospital das Clínicas, o subgrupo vem desenvolvendo ações diversificadas voltadas aos pacientes (nefropatas, diabéticos, queimados, gestante,entre outros) aos e profissionais (ginástica laboral, palestras sobre qualidade de vida, etc.), além de boletins informativos e assistência religiosa (CARE – Coordenadoria de Assistência Religiosa).

No relato de H-3 foi identificado que o Instituto Central promove ações que buscam envolver profissionais e pacientes, sobretudo os que permanecem internado:

(...) [A] Banca Móvel, que é um projeto também do Serviço Social, que eu coordeno junto com a “R” e com o pessoal de enfermaria, cuja renda total reverte para o nosso cliente que é o paciente, direta ou indiretamente. Então esta renda da Banca Móvel, vai para o NUREC [Núcleo de Renais Crônicos], para o Boletim, para o Espaço de Convivência Social – ECOS, criado pela [SM], que é o espaço (...) [e para a] compra material do “Concurso Desenhando o Nosso Natal”, que a gente faz no final do ano, que é uma época que o paciente está internado e gostaria muito mais de estar em casa, então a gente compra os lápis de cor e os papéis com o dinheiro da Banca Móvel. (H-3).

(...) outro programa humanizado que a gente faz que é das datas comemorativas, a gente procura lembrar das datas dos profissionais: dia do assistente social, dia da

⁵⁸ www.hcnet.usp.br

enfermeira, dia do médico, dia do cozinheiro. A gente procura parabenizá-lo e fazer alguma atividade para ele. (H-3).

(...) tem o NUREC, que partiu da iniciativa da “N” e da “R”, que trabalham com estes pacientes, e foi bastante interessante porque depois de um certo tempo de amplas atividades, fizeram um jornal. (H-3).

Bom, agora o Serviço Social, realmente, partiu para ter ações mais gerais, que acaba abrangendo um número maior, por conta que reduziu muito o nosso pessoal de atendimento diário. (H-3).

O relato de H-3 demonstra que o Instituto Central tem diversas ações consideradas como “humanizadoras”, contando com a presença marcante da Divisão de Serviço Social Médico.

Algumas destas ações partiram de idéias apresentadas por familiares de pacientes:

(...) nós implantamos o programa “Caixa de Sugestões”. Este programa foi [instituído] pela Direx e implementado pela Coordenadoria de Hospitalidade. Apesar de todo o apoio da Direx, este modelo foi sugerido por um pai de um paciente que estava internado na Neuro. Na ocasião ele estava tão agradecido com o tratamento e ele era um gestor de uma grande empresa e ofereceu os seus serviços e solicitamos assessoria para implantar este projeto caixa de sugestões, com as opiniões dos próprios funcionários, e ele trouxe um modelo bastante interessante, que era as pessoas colocarem no papel a sua opinião, suas críticas, sugestões e depois a Coordenadoria de Hospitalidade encaminhava para as áreas envolvidas o que aquele colaborador estava falando e no final nós colocávamos um painel com as respostas. Então com o feedback imediato, o programa foi super positivo, pois trouxe uma participação maior dos profissionais na gestão do hospital [que] passaram a se sentir mais valorizados (...) e o diretor da época as acatava. (H-3).

Pelo discurso de H-3 constatou-se que as atividades desenvolvidas pelo Instituto Central objetivam a aproximação do profissional com os pacientes, tendo retornos positivos para a Coordenadoria de Hospitalidade.

Dentre outras atividades realizadas na perspectiva da humanização, o Dia H é comemorado por todos os Institutos em um dia específico. Representado pelo símbolo do girassol, seu significado é disseminar a importância “plantar para colher”, com o objetivo de que esta data não seja apenas um evento comemorativo, mas que os profissionais possam refletir a importância da humanização no cotidiano:

Então no dia H sempre foram distribuídos girassóis, em algumas unidades foram plantados girassóis, então a gente colheu frutos, nós temos fotos depois dos resultados, é até uma coisa interessante (...). Então nós só vamos colher o que plantarmos e semearmos. (H-1).

(...) a gente tentou fazer alguns resgates e uma das colocações que a gente conseguiu fazer já em 2006 foi...A gente mudou o Dia H na data, e a gente fez uma

acolhida para os profissionais (...) com uma aderência enorme das pessoas e a gente pretendia depois trabalhar como um fórum e ao contrário, trazer os pacientes para falar com os profissionais. (H-2).

O Dia H surgiu com o Comitê Humaniza, no Complexo do HC, e cada Instituto desenvolvia a suas atividades e nós desenvolvemos aqui no Instituto Central. (...) O Pronto Socorro acabou participando por meio das enfermarias do quinto andar (...) foram atividades voltadas para palestras educativas, fizemos mais para os funcionários, "Cuidando de quem Cuida", como a gente fala. E os pacientes tiveram shows, receberam uma festa naquele dia, um almoço mais elaborado. Foi um dia para lembrar realmente a importância da Humanização no ambiente hospitalar. (H-3).

Pelo que foi constatado, o Dia H é a única atividade, ou pelo menos, a principal, que consegue envolver os institutos, profissionais e pacientes numa reflexão sobre a importância da humanização.

No caso do Pronto Socorro, a participação nas atividades realizadas no Instituto Central foi através das unidades que estão localizadas na enfermaria do PS. Há que se ponderar que a estrutura do Pronto Socorro, que é preparada para receber a qualquer momento casos graves, não viabilizaria um evento como este.

Com relação aos serviços de emergência, verificou-se ainda que não há ações específicas, inclusive para o Pronto Socorro do Instituto Central:

Não com um foco... naquele momento inicial nós ainda não estávamos, com foco em cada...assim... neste momento nós vamos fazer isso... Nós estávamos trabalhando este contexto geral, mas nós temos toda aquela proposta estabelecida no Pronto Socorro de atendimento por risco, nós tínhamos estabelecido neste período. (...) algumas ações foram sendo desenvolvidas em cada uma de suas unidades. O grupo como um todo não desenvolveu ações específicas, mas os subgrupos é que estavam desenvolvendo. (H-1).

No discurso da entrevistada H-3, constatou-se que apesar das diversas atividades voltadas para a humanização, o Pronto Socorro ainda não foi contemplado:

Os profissionais reclamando da área, do trabalho, dos colegas e a gente percebe que isso também não é só por conta que deve ocorrer, mas também pelo estresse da área. Então, até o momento, a gente não tratou áreas específicas (...). Então os profissionais do PS são tratados como os demais, são convidados a participar de palestras e das programações desenvolvidas pela Coordenadoria de Hospitalidade. Não tem uma demanda específica para Pronto Socorro, o que eu acho uma pena porque precisa... (H-3).

Com isso, a Coordenadoria de Hospitalidade tem perspectivas de apresentar uma proposta voltada ao PS:

Então, por exemplo, para eu chegar no Pronto Socorro, evidentemente que o grupo está com uma proposta bem efetiva, bem clara para apresentar para o Diretor do

Pronto Socorro. E nós temos que sair para elaborar este projeto, chamar as colegas do Serviço Social que certamente tem maior desenvolvimento a respeito de tudo isto, para estar preparando este projeto de ação. A gente já está pensando, porque é mais do que necessário implementar esta política. Agora, existem limites institucionais, pessoais e não é muito fácil você chegar e avançar por melhor que seja a sua proposta (...).(H-3).

O Pronto Socorro, que é um dos serviços mais críticos, seja pela própria característica que lhe é inerente, seja pelo fato de ser referência nos casos de urgência e emergência, requer ações específicas, ainda que existam limites institucionais, alcançando-se mudanças efetivas.

Por outro lado, no ponto de vista de da entrevistada H-2, as diversas dificuldades que o Pronto Socorro enfrenta ultrapassam os limites institucionais, tendo em vista a própria estrutura do Sistema Único de Saúde:

(...)eu acho que o Pronto Socorro, como é o nosso Pronto Socorro, vamos falar especificamente do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, é um... inclusive, vive em manchetes, ele tem que ser viabilizado dentro de um todo na cidade de São Paulo, e isso não é feito. Então acaba tendo super lotação, como você está vendo por jornais e por tudo (...) ele é uma peça de toda uma estrutura que não está organizada. Se você for ver toda a parte do SUS em São Paulo que até hoje, efetivamente não está colocada, as ações de política que a gente também fica intermediário, uma hora é SUS, uma hora não é SUS, porque a gente na realidade também é um Hospital Universitário que recebe as coisas via SUS. Como tem esta mistura, eu acho que o Pronto Socorro neste aspecto, ele sofre todas as conseqüências (...) (H-2).

Constatou-se que não há indicadores específicos para se medir o impacto das ações de humanização desenvolvidas.

O grupo de humanização do HC que passou a se chamar Humaniza HC, nós não chegamos a estabelecer indicadores precisos. Era um trabalho ainda a ser efetuado, mas a gente trabalhava também com os indicadores já levantados pelo sistema da clinica, como tempo de permanência, o tempo de aguardo, as pesquisas que foram efetuadas (...). Era um dos nossos projetos estabelecer indicadores⁵⁹, mas a gente não chegou a efetivar este trabalho enquanto grupo como um todo, cada subgrupo tem o seu indicador. (H-1).

No caso do Instituto Central, estes indicadores ainda não estão definidos, como mencionou a entrevistada H-3:

A gente não tem definido indicadores. (...) Então, o que o Hospital, não só a Coordenadoria de Hospitalidade... nós temos uma pesquisa do grau de satisfação do cliente, onde ele coloca o que acha do atendimento dos diferentes profissionais, do atendimento no hospital enquanto ele está internado e no ambulatório. Então este é o indicador que a gente utiliza como referência. E temos os indicadores de participação das atividades (...). São alguns indicadores que a gente tem. (H-3).

⁵⁹ Tendo em vista que esta pesquisa tem por objetivo avaliar a humanização na perspectiva dos profissionais, optamos por não a utilizarmos como referência.

Talvez pelo fato das atividades realizadas pelo Comitê Humaniza HCFMUSP e pela Coordenadoria de Hospitalidade não serem concomitantes, ou seja, não englobam as especificidades de cada Instituto, e considerando-se as demandas de atendimentos, ainda não foram criados indicadores específicos.

Segundo Santos-Filho (s/d)⁶⁰, os referenciais para a construção de indicadores em relação à humanização devem incorporar reflexões sobre o contexto em que ela está sendo implementada. O ainda salienta as transformações ocorridas em curto prazo podem ser resultados de diversas formas de intervenção, o que dificultaria o estabelecimento de indicadores.

No que se refere aos trabalhos voltados à humanização no Hospital das Clínicas, foi identificado que não há intervenção direta por parte da Secretaria Estadual da Saúde, como se pode verificar no relato da entrevistada H-2:

(...) mas a gente nunca teve a participação direta da Secretaria da Saúde, por ser de administração indireta. Então, se você for entrevistar a H-3, você vai ver a mesma coisa, então não vinha nada relativo ao PS, o que houve lá foi iniciativa interna do grupo deles, interna de melhorar a marca, de melhorar a situação na entrada, tentar ver uma equalização de todo um Sistema de Rede a nível de referência e contra-referência, mas nunca nós tivemos envolvimento direto aqui na Humanização com a Secretaria da Saúde. (H-2).

Nesse sentido, as medidas tomadas pelos diversos serviços, inclusive do Pronto Socorro no que se refere à classificação com avaliação de risco, a definição de protocolos, entre outros, foram estabelecidos “por uma iniciativa própria” dos responsáveis, mesmo havendo uma Política Nacional, o que demonstra que o Hospital das Clínicas vem priorizando ações voltadas à humanização.

A gente ia porque se sentia convidado e podia ir por ser livre, mas nunca nós tivemos uma participação para apresentar projetos, que envolveriam, por exemplo, financiamento e tudo, enfim... a gente poderia ser livre(...). A gente queria também trabalhar na política da educação permanente (...), mas eu não cheguei a fazer porque também parou. Quer dizer, todas as políticas nacionais e estaduais, elas pararam. Então, a gente ficou a mercê de muita coisa (...). (H-2).

No que se refere aos limites para a efetivação da humanização no Pronto Socorro, as entrevistadas, apresentaram os seus pontos de vistas:

O grande limite é a demanda, a demanda além da capacidade de atendimento. Então a sobrecarga é muito, muito grande, mas nada invalida um trabalho efetivo, porque você tem que trabalhar o foco central no relacionamento: o profissional com o paciente com o usuário, com familiares e responsáveis por ele. Eu acho que isso não é um limite neste sentido, ele é um trabalho que precisa ser continuamente

⁶⁰ Ibid p. 64.

incentivado, é essa questão do relacionamento. (...) então eu acho que esta questão é fundamental. (H-1).

Eu acho que é muito difícil você tentar falar de trabalho humanizado dentro de um Pronto Socorro, com um paciente em cima de uma maca, com um familiar do lado, em pé, sabe? É meio complexo... você não sabe se vem comida ou se não vem, a parte de medicação se não está sendo dada a contento. Então falar alguma coisa de humanização, aí fica meio difícil...

Eu acho que é mais um atendimento realmente dado como emergencial, (...). A gente passa quando a gente perde uma pessoa da gente. Nem a gente que é funcionário tem alguma característica do que é um atendimento... porque a gente dá o sangue. Eu trabalho há quarenta anos, entendeu? Então se chega alguém que te conhece, você vai, vê e tenta resolver mais rápido. Mas também não é o certo, deveria ser o comum para todo mundo. (H-2).

O Pronto Socorro apareceu como uma área bastante crítica no projeto da caixa de sugestões, (...)as áreas onde o profissional trabalha mais fechado, no PS, além de ser mais fechado, principalmente às UTI's, é muita emergência, várias coisas acontecendo, num espaço pequeno e vários profissionais fechados, e lá havia muita insatisfação. (H-3).

Nos relatos das entrevistadas ficou evidente que as características inerentes a um Pronto Socorro, dificultam a realização de trabalhos voltados à humanização, dada a demanda excessiva de atendimento e “stress” a que os profissionais estão constantemente submetidos, o que não inviabiliza a concretização da Política de Humanização.

Com isso, as entrevistadas expuseram quais seriam as possibilidades para a efetivação da Política:

(...) acho que nós ainda temos muito, muito a caminhar, mesmo dentro do próprio HC. Nós não podemos dizer que o grupo teve tanta transparência, transparência nas ações sim, mas [dizer] que teve tanta visibilidade. Não, ainda tem muito caminho a percorrer envolvendo toda a comunidade, não adianta pegar um profissional, tem que ser o grupo, todo mundo. (H-1).

(...) na realidade este trabalho humanizado, na minha opinião, é uma chamada que traria aos profissionais, tanto que está direto ou indireto no contato com o paciente e família, atingindo a sociedade. Seria uma coisa ampla para você poder fazer esse cuidado, inclusive essa participação dos voluntários, das associações não governamentais. (H-2).

Então o trabalho, eu não acho que é desanimador, muito pelo contrário, para mim foi extremamente positivo ter assumido. Por isso que eu falo que é um desafio, é mudança de cultura mesmo! Então a hospitalidade, tem que ir caminhando com conquistas, começar apresentando resultados, estar realmente envolvendo, querendo que as pessoas venham, porque tem muito esta questão de competição, as “fogueiras da vaidade” como a gente fala... (H-3).

No ponto de vista da entrevistada H-1, o Hospital das Clínicas ainda tem um longo percurso a correr, enfatizando a relevância do envolvimento de todos no processo de humanização.

Para H-2, a humanização é um chamamento aos profissionais para a reflexão sobre a importância da participação da sociedade neste processo e para a entrevistada H-3, o desafio é a mudança de cultura como forma de superar as dificuldades deste processo, inclusive no que se refere a competição entre os próprios profissionais. Conforme o HumanizaSUS (2004), um dos pontos destacados é a mudança de cultura. Sendo assim, a sua fala demonstra a importância da mudança de atitudes e de valores.

Sobre a Política Nacional de Humanização, as entrevistadas teceram os seguintes comentários:

A Política estabeleceu alguns índices centrais, ela deu foco às quatro unidades, ela deu foco no usuário, no profissional, no gestor e na comunidade, porque a gente não pode esquecer que a comunidade é parte integrante dos serviços de saúde. Então, acho que o mérito grande da política foi voltar o olhar para tudo, não adianta você dizer que vai trabalhar só com funcionários, não adianta você dizer que vai trabalhar só com o usuário. (...) humanização ela é inerente ao serviço, nem deveria existir esta palavra, mas como a tecnologia avançou demais, tiveram que haver ações de resgate dessa questão da pessoa, do ser humano mesmo. (H-1).

(...) eu acho que a Política Nacional de Humanização chegou tarde, mas ela chegou... Eu acredito... às vezes falo: Puxa vida, será que o cliente virou moda ou se de fato eles estão preocupados realmente com essa humanização, o que de fato está atrás disto? Mas eu acredito que as pessoas realmente começaram a se preocupar com o atendimento mais humanizado, de ser considerado um cidadão, eu acho que o exercício da cidadania começou a ser exercido de fato (...) O próprio Programa de Humanização surgiu das inúmeras queixas da forma do atendimento, mas por um outro lado, o país estava mudando também. Então eu acho que acabou acompanhando. (H-3).

Tem que ser reequacionada, totalmente. Da maneira que está, toda desintegrada, quer dizer, nós nem sabemos qual é a Política atual do Ministério da Saúde com relação à Humanização. No estado de São Paulo também, a gente tentou procurar, porque a gente sabe que o Governador Serra foi um dos que arquitetou tudo. (...). A gente não viu até o momento, nenhuma ação da Secretaria [da Saúde] em cima da humanização. (H-2).

As entrevistadas H-1 e H-3, trouxeram em seu relato a importância do HumanizaSUS como possibilidade de efetivação de direitos humanos, envolvendo profissionais e pacientes.

Já a entrevistada H-2 avalia que Política está desintegrada, dada as dificuldades enfrentadas para se ter acesso aos responsáveis pela efetivação desta política.

A partir das análises realizadas sobre os responsáveis pelos trabalhos voltados à humanização no Complexo e no Instituto Central, é possível partir para as análises sobre a visão dos profissionais do Pronto Socorro.

2 – O processo de efetivação do atendimento humanizado no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas

O núcleo da efetivação analisa quais os entendimentos dos profissionais do Pronto Socorro sobre atendimento humanizado, como se é o processo de humanização e quais os limites e possibilidades de efetivação HumanizaSUS, do ponto de vista médico, da enfermagem e do serviço social.

No que se refere ao significado de atendimento humanizado, os entrevistados trouxeram a seguintes definições:

Atendimento humanizado é todo aquele atendimento em que você visa o bem estar do ser humano. Em todos os aspectos. (D1)

De tratar aquele paciente como uma pessoa mesmo, que naquele momento está fragilizado, tem uma doença, e precisa de todo o respaldo em relação não só a assistência médica, mas em relação a todos os outros... (D-1)

O atendimento humanizado para mim é assim... Quando a pessoa vem sempre em busca de um sim. Nem sempre elas vão ouvir esse sim. Às vezes, elas vão levar um não como resposta. Só que a gente tem que saber dizer esse não. Para mim, é essa forma. É a forma como você vai direcionar o atendimento. Então, muitas vezes a forma como você vai dizer: “Não é aqui, mas é no outro local...”. É direcionar (...) a gente precisa dar um caminho para eles e se colocar no lugar do outro. (AS-1)

No meu ponto de vista, atendimento humanizado, é você ficar sensibilizado com o paciente, você tentar dar o melhor atendimento possível, tentar minimizar este sofrimento, dar as orientações corretas, não mentir para o paciente. Orientar como funciona este sistema(AS-3)

A entrevistada D-1 faz o paradigma do atendimento humanizado, com a definição de saúde pela OMS, ou seja, bem-estar, em todos os aspectos.

Para a de AS-1, o atendimento humanizado está relacionado à forma de orientar o paciente, envolvendo neste processo aspectos de sutileza, ou seja, “saber dizer não” ao paciente, quando a sua necessidade não puder ser sanada naquele momento. Este processo também envolve a empatia, isto é, se colocar no lugar do outro.

Com relação aos outros relatos, emergiram o significado de humanização como acolhimento:

O ponto principal para você entender o que é um atendimento humanizado, é a forma como se acolhe o cliente. (...) É você cuidar bem da recepção das pessoas (...) ouvir atentamente dirigindo toda concentração nesta pessoa. Esta atitude passa credibilidade. (...) Atendimento Humanizado é ser um serviço de qualidade, flexível, (...) que mantenha relações efetivas com os clientes. (...) quando falamos em acolhimento e que está diretamente ligado a humanização. Saber ouvir é palavra de ordem. (...) Não só num ambiente de Pronto Socorro, mas em qualquer serviço que se procure, a humanização está relacionada à forma como você é acolhido. Lógico que, acolher significa ter competência (...) (D-2)

(...) atendimento humanizado, o que a gente vem pregando na Instituição, é um atendimento digno aos pacientes que nos procuram no Pronto Socorro. É ter condições ideais em sua chegada, da recepção, do atendimento humano, claro, objetivo, sincero pela equipe (...) que ele seja bem acolhido no Pronto Socorro, possa retornar para sua residência ou para o seu local de trabalho, o mais breve possível. (D-3)

Procurar esclarecê-lo da melhor forma, acolhê-lo da melhor forma e procurar orientá-lo da melhor forma ou então tentar atender a solicitação deste paciente ou desta família, se é possível dentro da nossa rotina hospitalar, em específico, de emergência. (AS-2)

Para Ayres (2004), acolhimento não significa apenas ser prestativo, pois envolve competências, como por exemplo, saber ouvir o outro, o que ficou evidente no discurso da entrevistada D-2.

Em outros relatos os entrevistados também trouxeram o acolhimento como forma de atendimento humanizado:

Quando chegam aqui, acabam ficando em média de duas a quatro horas, porque eles passam pela enfermagem primeiro, que nós chamamos de triagem ou acolhimento. Depois eles fazem uma ficha e em seguida passam pelo médico. Posteriormente, o médico encaminha para dentro do Pronto Socorro, quando é um caso que necessita de uma assistência mais imediata, ou encaminha para a Unidade Básica próxima da casa do paciente ... (D-3).

(...) quando falamos em acolhimento e que está diretamente ligado a humanização. Saber ouvir é palavra de ordem. (...). Não só num ambiente de Pronto Socorro, mas em qualquer serviço que se procure, a humanização está relacionada à forma como você é acolhido. Lógico que, acolher significa ter competência... (D-2).

Neste relato foi identificada a triagem como acolhimento. Todavia, são significados distintos. Conforme a Cartilha de Acolhimento com Avaliação de Risco (2004):

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo... (2004).

No relato da AS-2, o acolhimento aparece não apenas como uma forma de se efetivar o processo de humanização, como também uma preocupação por parte dos assistentes sociais do Pronto Socorro, que discutem as formas e estratégias:

(...) a primeira preocupação que me vem quando chega um paciente, um familiar ou qualquer pessoa que nos procura para qualquer tipo de solicitação (...) que é a questão da recepção e do acolhimento, que é uma coisa que a gente discute muito aqui no PS. Segundo, esse acolhimento como é que é feito. Terceiro, aquilo que é... (...) a importância do acolhimento, a importância de saber claramente porque o paciente veio. Procurar esclarecê-lo da melhor forma, acolhê-lo da melhor forma e procurar orientá-lo da melhor forma ou então tentar atender a solicitação (...) se é possível dentro da nossa rotina hospitalar, em específico, de emergência. (AS-2).

Isto significa que no caso dos assistentes sociais do PS, há uma preocupação em se discutir a prática no dia-a-dia, objetivando compartilhar experiências, assim como oferecer um atendimento que possa equilibrar as possibilidades da Seção de Serviço Social com as rotinas institucionais.

Nesta perspectiva, o acolhimento possibilita a reflexão pelas pessoas que lidam cotidianamente com a humanização:

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. (HumaizaSUS, 2004).

Em relação à Política Nacional de Humanização, os entrevistados apresentaram pontos de vistas distintos.

Eu acho que tem muito que caminhar. Eu acho que ela está engatinhando... e eu acho muito triste ter uma Política de Humanização, isto tinha que ser já condição sine qua non para qualquer coisa, qualquer tipo de atendimento. É desgaste falar em humanização, porque tem que ser humano. Mas, ter um programa de humanização já vê que a coisa estava muito feia... O que é lamentável, eu acho, mas enfim... Eu acho que ela está iniciando, mas assim... de maneira geral, de onde estava, para onde está indo, ela vem evoluindo e pelo menos assim, no meu universo que é o Pronto Socorro, ela está caminhando. (D-1).

No ponto de vista da entrevistada D-1, a efetivação da Política Nacional de Humanização tem que ocorrer em qualquer situação.

Em outros relatos, apesar da Política ter sido reconhecida em sua importância nos processos de saúde, identificou-se um dos possíveis entraves para a sua operacionalização:

Foi um passo muito importante do governo, no sentido de estar colocando este tema presente em todas as instituições e do quanto isto é importante, porque você lida com pessoas, seja em qualquer atividade. Lidar com pessoas, é uma tarefa difícil, pois somos distintos. Falta muita coisa, principalmente em relação à divulgação desta Política. E a divulgação veja, não é só pelos segmentos profissionais, é para a população em geral, associações, comunidades, Igrejas. (...) É uma questão de educação continuada, tem que atingir esta população. Eu não sei te dizer, se esta política está em todos os atendimentos, está numa UBS, nas Unidades Básicas de Saúde (...) (D-2).

É... acho que precisa ser mais divulgada. Para todos os funcionários, para que as pessoas tenham a visualização do que é a Política Nacional de Humanização e como ela se dá dentro de Pronto Socorro. Não acredito que as pessoas tenham esta visualização ainda. Mas se a gente parar para refletir... A gente percebe que em pequenas ações, ela está acontecendo... (AS-1).

As entrevistadas D-2 e AS-1 enfatizaram que a falta de divulgação desta Política dificulta a sua operacionalização dentro dos próprios locais de trabalho. Por exemplo, no relato da AS-1, ela acredita que as ações que ocorrem dentro do Pronto Socorro ainda não foram identificadas pelo fato de muitas pessoas não as reconhecem .

No ponto de vista da AS-2 há falta de uma compreensão do significado de humanização:

(...) eu vou ser muito sincera e eu acho que eu preciso entrar mais nesta questão da humanização. Eu acho que a questão da conceituação é fundamental. Os parâmetros que eu tenho de humanização são os parâmetros que o meu colega médico tem de humanização? Aqui é um hospital escola e o médico assistente tem o mesmo parâmetro de humanização que eu tenho? A minha diretora, a minha diretoria, a minha instituição, os valores, os parâmetros de humanização que eles têm são os mesmos que os meus? A gente precisa começar a pensar nisso ... (AS-2).

Para SÁ (2005), DESLANDES (2004) e RECH (2003), não há uma definição exata do que vem a ser humanização, o que por sua vez pode interferir inclusive nos processos de saúde, conforme o relato da AS-2.

No relato dos entrevistados D-3 e AS-3, foi identificada a importância da humanização com vista à dignidade do ser humano. MARTIN (2004) dá ênfase à dignidade do ser humano como forma de efetivação do atendimento humanizado:

[A] humanização a gente tem que prezar a todo momento. A Política Nacional quer que o indivíduo tenha um atendimento digno (...). Por isso, eu acho que é importante sempre estar resgatando, sempre chamando a atenção, sempre cobrando e que tenha alguém que sempre esteja vendo o lado humano do ser humano, que é o atendimento digno, um atendimento holístico, um atendimento individual, e ver o indivíduo como um todo. (D-3)

(...) que a Política fosse estruturada, que realmente funcionasse, que tivesse condições de ter uma saúde digna para todos os pacientes, para todo trabalhador que depende de hospital público (...). O que eu espero como profissional, é que esta política realmente seja humanitária, que ela se diversifique e que dê condições ao povo para que se tenha uma saúde digna como os países da Europa, que se tenha um atendimento digno de saúde. (AS-3).

Alguns dos entrevistados informaram que não conheciam profundamente esta política, mas este fator não trouxe prejuízos às respostas fornecidas, como se verificou através das falas anteriores.

Quanto às ações voltadas à efetivação do atendimento humanizado, optou-se por direcionar esta questão aos diretores dos Serviços de Pronto Socorro, D-1, D-2 e D-3.

No caso da entrevistada D-1, foi identificado que há uma incisiva preocupação em evitar que os pacientes permaneçam muito tempo nas macas do Pronto Socorro. Há um número excessivo de pacientes que procuram este serviço diariamente, e em muitos casos, este paciente ficará em observação ou até mesmo internação.

A fim de evitar a permanência prolongada destes pacientes, é agilizada a alta hospitalar, ou providenciada a transferência para um outro recurso.

Estamos trabalhando, na verdade desde sempre, mas mais ativamente agora, no Projeto de Humanização do Pronto Socorro. Dentro deste projeto de humanização é inaceitável e inadmissível pacientes sendo tratados em macas nos corredores e saguão. Então, tem várias medidas sendo tomadas nesse sentido. Na verdade, fez parte, foi objetivo desta administração não deixar o paciente em maca. Então, sempre o objetivo final de toda a equipe que trabalha aqui era definir o recurso, agilizar a alta, agilizar o procedimento diagnóstico e terapêutico, tudo no sentido de tornar o menor possível o tempo de permanência desses pacientes em maca. E agora, a coisa está muito mais incisiva, vamos dizer assim. O problema é que todos os recursos que estão aparecendo, no fim de algum tempo, eles vão ficando esgotados, vamos dizer assim. Então não bastam as medidas internas e outras medidas devem ser tomadas. A gente vê uma série de transferências junto à Secretaria da Saúde, estamos readequando toda a área, existe um projeto de reforma geral do Pronto Socorro, com ampliação da área. Então, estamos trabalhando neste sentido. (D-1).

Do ponto de vista social, as ações específicas voltadas à humanização, se referem à interface com outros serviços da Instituição, sobretudo nos casos em que envolvem acesso de pacientes para contato com a equipe médica, em que os assistentes sociais são os “facilitadores” ou “interlocutores”:

Começamos a interlocução com os outros serviços que também fazem acolhimento na Instituição, como por exemplo, a própria Ouvidoria, Divisão de Enfermagem, Equipe médica. Problemas que esta clientela tem enfrentado, tais como dificuldades de acesso a Instituição, de contato com médicos, de entender como funciona o Serviço começamos a ser os facilitadores dos entendimentos e direcionamento para

solução dos problemas. Esta tem sido uma das ações do Serviço Social relacionadas à humanização, ouvir, informar, indicar, encaminhar, discutir e buscar alternativas e soluções para as questões problemas trazidas pelos clientes. (D-2).

Esse processo também exige dos assistentes sociais um maior discernimento para a escuta, informação e busca de alternativas para as demandas apresentadas pelos usuários.

No caso da enfermagem, segundo o entrevistado D-3 uma importante mudança que ocorreu foi a transformação de macas em camas, sendo esta um iniciativa da própria organização do Instituto Central:

Houve uma iniciativa desta administração, em humanizar mais o Pronto Socorro, tentando aumentar o número de camas no Pronto Socorro, ou então... No último mês de abril/2007 para maio transformamos 20 macas em camas e isto é uma condição melhor para os pacientes que são atendidos no Pronto Socorro. Mas como é um Hospital Escola, um Hospital de Ensino e um Hospital Público, a procura é muito grande e o espaço físico muito pequeno. Ele não cresceu como cresceu a nossa população e a procura espontânea que nós temos aqui no hospital. (D-3).

Pelo relato dos entrevistados, constatou-se que as equipes médica, enfermagem e serviço social têm se empenhado em oferecer aos usuários um atendimento com qualidade.

No que diz respeito às relações entre os profissionais, constatou-se que de maneira geral os profissionais mantêm um bom relacionamento entre si, apesar das dificuldades que estão presentes no cotidiano de um Pronto do Socorro:

Os outros profissionais, recebem de forma crítica, como uma invasão considerando que estamos fazendo críticas ao trabalho deles, inclusive devolvem dizendo que isto não é nossa competência, se como a questão de humanização fosse uma ação individualizada, sem mão dupla, sem compartilhamento. Então é um trabalho muito delicado de formiguinha eu diria. Você tem que apontar para estas pessoas, colocando estas pessoas no lugar de quem reclamou, entendeu? Este trabalho precisa ser feito com muita sutileza com muito cuidado, caso contrário você acaba tendo problemas de relacionamento com a equipe. O importante é divulgar as ações. (D-2).

No relato de D-2, verificou-se existem algumas dificuldades por parte dos outros serviços em compreender a importância da humanização, o que em algumas ocasiões pode gerar conflitos. Então o assistente social procura sensibilizar os outros profissionais importância sobre de se colocar no lugar do outro. Por outro lado, a aproximação física, ou seja, o fato dos diferentes serviços do Pronto Socorro estarem próximos uns aos outros favorece a convivência:

No Pronto Socorro estas dificuldades não são tão grandes devido a própria característica da unidade de emergência. Os profissionais que trabalham nesta área, acabam tendo uma proximidade maior, até pelo ambiente físico, maior do que em outros serviços da Instituição o que proporciona a convivência contínua, mais próxima e compartilhamento dos problemas do Serviço, os profissionais acabam se conhecendo mais, se ajudando e entendendo que a união favorece todos os aspectos num atendimento de emergência no qual você lida com a dor diretamente, com perdas, com sofrimentos e isto nos afeta muito. (D-2).

Para a entrevistada D-1, o Serviço Social tem um papel significativo em todos os atendimentos realizados no Pronto Socorro, evidenciando que as relações profissionais se dão satisfatoriamente:

(...) aliás o Serviço Social é a maior testemunha deste novo ... que eu falo assim, que ele nunca... foi tão acionado e envolvido o Serviço Social no Pronto Socorro como nesta gestão que a gente está fazendo. Então a gente traz o tempo inteiro, até por conta do perfil do profissional de Serviço Social. Ele tem um outro olhar. O olhar médico é outro. Então eu acho que o conjunto destes olhares, cada um de uma maneira, abordando o paciente, chega num resultado extremamente positivo para todo mundo. (D-1).

No ponto de vista do entrevistado D-3 não há dificuldades nas relações interprofissionais, uma vez que estes respeitam os espaços e limites de cada área:

(...) entre os profissionais da equipe multiprofissional, acho que não tem tanto problema. Eu acho que tem um bom relacionamento, cada um respeita o espaço do outro. Existe um pouco de dificuldade do relacionamento das pessoas com o próprio paciente ou com os seus familiares, (...) as questões mais legais ou os questionamentos sempre partem mais dos familiares que estão com pressa para irem embora ou que querem resolver o problema do paciente o mais rápido possível, e muitas vezes acaba gerando um atrito entre os familiares e a equipe que atende o paciente. (D-3).

Talvez pelo fato da enfermagem estar na “linha de frente” no que se refere aos cuidados com os pacientes, esta cobrança por parte dos familiares sejam maiores.

No caso do Serviço Social, a entrevistada abaixo aponta que há um reconhecimento por parte da equipe do trabalho do Serviço Social:

Os médicos também confiam muito no trabalho da gente, sempre buscam orientações. Se eles não sabem algum tipo de situação, buscam ajuda da gente. Eu acho que todos os profissionais aqui do Pronto Socorro sempre estão à disposição dos médicos para ajudá-los a encontrar respostas, porque aqui tem uma gama enorme de atividades diferentes, de situações diferentes. Aqui nunca um dia é igual ao outro. (...) Eu entendo que o Serviço Social acaba sendo o elo entre os profissionais, pois quanto alguma etapa do processo atendimento (...), o assistente social é acionado na maioria das vezes, notamos que há o respeito por parte dos profissionais em relação à nossa ação cotidiana (...) (AS-1).

Isto significa que o Serviço Social tem um papel de disseminador de informações, assim como na sensibilização dos demais membros da equipe profissional. É este fator que promove o reconhecimento dos outros profissionais em relação à equipe de assistentes sociais.

Sobre o período noturno, a entrevistada AS-3 relatou que as relações profissionais também são satisfatórias, porém o contato e discussão de casos, em geral, ocorre com a equipe de enfermagem.

Olha, a noite no PS, o pessoal aqui do noturno... Acho que a noite não tem, assim, tanto problemas no sentido de discussão, mas assim, a discussão é mais com a enfermagem, no que se refere a questão do paciente. A gente procura discutir o que está acontecendo. Às vezes é um paciente que não pode sair e não vai por o paciente na rua só porque ele está de alta. (AS-3).

No tocante aos limites para a efetivação da humanização no Pronto Socorro foram apontadas a excessiva demanda de atendimento e o número reduzido no quadro de funcionários além da intolerância à cobrança de resolutividade que lhes é feita e a intolerância por parte dos profissionais a este contexto

Então, a funcionalidade do HC, que está atendendo a 700 pacientes por dia, tem capacidade para receber pacientes em observação, tinha até há um mês, até quinze dias atrás, 28 leitos de observação no pronto socorro, hoje 37 leitos e ainda mantém 60 pacientes em maca. Então veja, a hora que você trabalha com superlotação, acabou qualquer rotina, tudo cai por terra. Porque a prioridade é atender o doente. Então fica muito difícil assim... (...), veja as pessoas são insuficientes, porque por mais que você coloca gente, o quadro funcional é deficiente, (...) e isto gera uma situação extremamente de estresse. (...) As pessoas ficam intolerantes, a cobrança... ela não é vista em seu ponto positivo (...) as pessoas estão absolutamente passadas, dando conta e estão trabalhando além do que é suportável, tolerável em limite, já ultrapassou o limite. (D-1).

Eu coloco [como] limite a questão da alta demanda que se tem em relação ao que você pode atender, porque você tem que se desdobrar. Às vezes o cliente te exige alguma atenção, que você não tem condição de realmente oferecer. Você tem que ser rápido e prático. Há momentos que a própria Instituição gera este limite, e eu não estou colocando a culpa na Instituição, mas faz parte como, por exemplo, o quadro de pessoal defasado, então você tem que fazer o trabalho de duas, três pessoas, e isto também está relacionado à sua performance em relação ao atendimento. Então eu colocaria este ponto, a demanda e a questão da redução de pessoal. (D-2).

No ponto de vista da enfermagem, o limite é devido ao número reduzido de macas e à falta de leitos suficientes para atender à demanda do Pronto Socorro.

(...) [A] limitação é com relação ao número de macas. Não temos leitos suficientes. Temos uma quantidade muito pequena de leitos e observação em cama em relação ao número de macas existentes, então isto acaba limitando a humanização no atendimento. Tem dia que tem 80 pacientes no Pronto Socorro, e uma média de trinta a quarenta pacientes em maca e isto é muito ruim, é muito desgastante do ponto de

vista físico, psicológico, emocional tanto do paciente quanto da equipe que o assiste. (D-3).

Na fala das assistentes sociais, foi apontado como limites para a efetivação da humanização falta condições de trabalho adequadas:

(...)eu acho que falar de humanização a gente tem que falar de condições de trabalho, adequação de móveis, de material para trabalho. Eu acho que falar de tudo isso... E muitas vezes, a gente emperra nestes processos também: é falta de papel, falta de caneta, a gente às vezes tem estas situações, que é complicada. Então você falar de humanização você tem que fala de um todo. (AS-1).

E quando a gente fala PS do HC, a gente não fala de uma pessoa que está chegando. A gente está falando de cem ou duzentas pessoas que estão nos procurando. A gente não está falando de uma ou dez pessoas. E elas estão chegando e não têm a [noção] do abrangente, elas querem ser atendidas. (AS-2).

Acho que interfere, porque é uma demanda assim... grande que procura o PS e de certa forma interfere no todo. Se bem que a maioria dos profissionais tentam partir para esse lado da humanização. Lógico que com o PS lotado, fica muito a desejar (...). A qualidade dos profissionais é ótima, mas a acomodação aqui, ela não é humanitária. Não tem maca, é muita gente, é tumultuado, as pessoas focam expostas. AS-3).

No que se refere às possibilidades, foram identificados os seguintes relatos:

Muitas, muitas... eu acho que a gente deveria até estar mudando o perfil do atendimento. Podemos ter uma recepção de familiares no Pronto Socorro no sentido de esclarecê-los sobre a doença dos seus parentes e isto ainda não dispomos e acho que está muito relacionado a humanização porque faz você entender o que está acontecendo até como medida preventiva. (D-2).

Para a entrevistada D-2, um local para atender as demandas das famílias, sobretudo nas questões de orientações e esclarecimentos possibilitaria um atendimento humanizado.

(...) o Diretor Executivo preza muito esse lado da humanização e ele tem dado todo apoio, porque o que preza é que o paciente seja atendido dignamente, que o paciente tenha um atendimento o mais rápido possível, Então, tudo o que foi pedido até hoje, conseguimos e o que não conseguimos foi questão de espaço físico, que não tem mais como colocar cama. (D-3).

No ponto de vista da enfermagem, as ações já vêm acontecendo a contendo, uma vez a Divisão tem contato com o apoio da Diretoria Executiva.

Pode contribuir e muito aumentar o quadro de pessoal. Fazer supervisão sistemática. Isto já existe, mas assim, direcionando com o objetivo de realmente humanizar. (...) Acho que para os profissionais como um todo, as chefias têm que fazer reunião e passar essa Política de Humanização (....) Então é preciso que o supervisor e a chefia

esteja atendo a eles, ele pode não estar atendendo bem, porque ele não está bem. (AS-3).

Já a entrevistada AS-3 avalia que o aumento de quadro e a supervisão sistemática, com foco nas discussões sobre a Política de Humanização possibilitariam um atendimento seguro e com presteza.

Neste segundo núcleo observou-se que os profissionais têm preocupação em oferecer um atendimento com qualidade, conforme o HumanizaSUS, e também têm um comprometimento com as suas especificidades profissionais e procuram atuar conjuntamente nas atividades realizadas no PS. Contudo, a demanda de atendimento, nas falas dos entrevistados, foi apontada como um limite para a efetivação do atendimento humanizado, e em algumas falas, a falta de uma abrangente divulgação da Política Nacional de Humanização.

3 – O processo de atuação do Serviço Social no Atendimento humanizado no Pronto socorro: reforçando o direito social à Saúde e à cidadania

Neste terceiro núcleo analisam-se as práticas dos assistentes sociais na perspectiva do direito social à saúde e à cidadania como processo de efetivação da humanização.

Pelos depoimentos, foram identificadas diversas ações em que o foco é a informação e orientação como forma de promover a cidadania dos usuários atendidos no Pronto Socorro.

Para a diretora do Serviço Social do Pronto Socorro, a humanização perpassa pelo acesso à informação como forma de prevenção, tendo o assistente social um papel fundamental neste processo:

A humanização, isso é importante registrar, num ambiente hospitalar, está muito relacionada à informação e a prevenção. Principalmente na situação de emergência e urgência. Você percebe que as pessoas acabam vindo ao Pronto Socorro porque estão com hábitos de vida errados, não conhecem o acesso que tem na própria rede de suporte de saúde e social da comunidade, para evitar que tal problema aconteça. Por exemplo, um diabetes, uma hipertensão (...) Então isto faz parte da humanização: de você ter mecanismos, dentro do próprio Pronto Socorro para esclarecer este cliente, esclarecer principalmente esta família, pois muitas vezes um elemento desta família se torna um cuidador, para que este problema não se repita. Ou se repetir, não se torne grave. (D-2).

Uma das características marcantes da população atendida no Pronto Socorro é justamente a falta de informação em relação aos serviços de saúde. Seja em

relação aos níveis de atenção (primário, secundário e terciário) ou em relação à regionalização, os usuários, em geral, apresentam este tipo de demanda.

Pelos relatos das entrevistadas, a atuação das assistentes sociais no Pronto Socorro favorece o acesso dos usuários a estas informações como forma de conhecerem o funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como os encaminhamentos aos devidos recursos de saúde.

Aqui no Pronto Socorro, a gente tem algumas atribuições que são demandas que advêm das pessoas que chegam em busca da saúde. Então são pessoas que já estão vindo ou encaminhadas de algum recurso ou vêm espontaneamente, pelo nome da instituição, buscar algum tipo de auxílio (...) eles passam no Serviço Social do Pronto Socorro (...) a gente procura encaminhá-los adequadamente por uma rede de recursos(...) direcionando conforme a região de moradia dele. (...) a gente direciona, às vezes a gente entra em contato, intervém, facilita o acesso (...). Até nos próprios PAM's (Posto de Atendimento Médico) a gente costuma encaminhar. A questão do "Dose Certa" também, a gente tem o acesso à informação, quais os medicamentos eles possuem, o horário de atendimento adequado. Eu acho que direcionar a pessoa para a resposta correta. Não é simplesmente dispensar e tirar da nossa porta, [mas] é direcionar. (AS-1).

Geralmente os usuários que procuram o Pronto Socorro têm uma forte expectativa de que a sua situação seja resolvida naquele serviço. Na maioria das vezes é inviável, sobretudo os casos que requerem internação hospitalar, sendo necessária a transferência para um outro recurso.

A abordagem com a família sobre esta transferência é uma das competências do Serviço Social do Pronto Socorro. Nestes casos, o assistente social tem o papel e sensibilizar os familiares sobre os motivos e as necessidades da transferência hospitalar, conforme o relato da entrevistada AS-1:

Também a gente trabalha com as transferências hospitalares, porque aqui é um Pronto Socorro muito procurado. A demanda é muito grande e a gente não tem suporte para acolher todo mundo adequadamente. Então mediante a informação médica e a avaliação clínica, há ou não a indicação de uma transferência hospitalar via Secretaria da Saúde, esta vaga é cedida, e aí, a gente entra na abordagem familiar, buscando explicar a importância da transferência, que o paciente vai ser melhor acolhido no outro recurso (...) a gente trabalha tentando sensibilizar a família, de que neste momento é importante eles estarem atendendo a esta solicitação... (AS-1).

A humanização também envolve a sensibilidade do profissional em interpretar as necessidades dos usuários, algumas vezes de caráter imediato. As assistentes sociais mencionaram que há situações em que os usuários têm a expectativa do Serviço Social solucionar suas dificuldades, dando respostas amenizadoras ou plenamente atendidas:

(...) eu acho que o assistente social é o profissional que tem capacidade e que tem que ter esta paciência, este... Eu acho que tem que ter este talento mesmo. Eu acho que é isso mesmo! Eu acho que tem que ter este talento para poder entender que as coisas estão difíceis, que as pessoas vão querer mesmo respostas (...) Se ele [familiar] sair sem resposta nenhuma daqui, muitas vezes eles não saem, ficam na nossa porta. (...) Então, é preciso se colocar no lugar do outro um pouquinho sim! E muitas vezes é... “até dar a cara a tapa” sim para outros funcionários, precisa fazer sim, se a gente não fizer, aquela família vai ficar sem informação (...) Então, eu acho que esta intervenção da gente é importante. (AS-1).

Para a entrevistada AS-3, mais do que informação, os usuários que procuram o Pronto Socorro, também demandam a necessidade de se colocarem como protagonistas dos processos de produção de saúde, conforme preconiza o HumanizaSUS:

O que está faltando é esta questão da população sentir que ela tem tanto poder e tanta capacidade de reivindicar. E a questão da humanização passa por aí também. Você se colocar no lugar do paciente, da família e trabalhar com todas as questões que envolvem a saúde do trabalhador. Ele trabalha, trabalha e na hora em que fica doente, ele não tem uma previdência, uma previdência privada, um convênio e ele cai no serviço público. (AS-3).

As assistentes sociais trouxeram nos relatos a importância da atuação profissional nas abordagens sobre doação de órgãos realizadas conjuntamente com a Organização de Procura de Órgãos – OPO. Para estas profissionais, o papel do Serviço Social envolve aspectos de acolhimento, de respeito, evidenciando, que estão relacionados à humanização:

A gente também trabalha com a questão da captação de órgãos. Esse paciente já vem com alguma indicação do pessoal da Captação de Órgãos aqui do Hospital das Clínicas, a OPO. Eles acionam o assistente social, e junto com o enfermeiro da captação, a gente faz a abordagem à família. E aí a gente explica a razão, o porquê do atendimento do Serviço Social, de toda a equipe. Explica todo o procedimento médico, os exames que são realizados para a comprovação da morte clínica, faz a sensibilização da família com relação à importância da doação de órgãos, e após comprovação realmente da morte encefálica, a família fica livre para optar por sim ou não à doação. Depois tem a parte burocrática de documentação, onde a gente faz toda a coleta de dados da pessoa que vai autorizar a doação de órgãos. (AS-1).

(...) a gente tem um trabalho em conjunto com a OPO. São aqueles pacientes que evoluem para óbito e nós somos comunicadas pelo Serviço de Registro e todas as famílias que nos procuram damos todas orientações de rotina: para onde vai, o que vai fazer, as providências quanto ao funeral e nós sensibilizamos também quanto a questão da doação de córneas. A gente chama o enfermeiro da OPO, que atua junto com a gente para sensibilizar a questão da doação. (AS-2).

No caso da doação de órgãos, o assistente social, ele é o integrante desta equipe e o nosso atendimento é mais nesse apoio e orientação. As pessoas ficam completamente perdidas, sem saberem os procedimentos. Depois da doação tem os procedimentos de SVO (Serviço de Verificação de Óbitos), funerária. Na verdade, doação de córneas, de órgãos em geral, mas a gente tem mais doação de córneas. É mais assim... acolher estas pessoas aqui na sala do Serviço Social e dar as orientações. (AS-3).

Considerando que o HumanizaSUS prioriza o acolhimento com avaliação de risco a partir do estabelecimento de protocolos clínicos, o Pronto Socorro acompanha esse processo no que se refere às práticas de humanização do Sistema Único de Saúde.

Apesar da entrevistada H-2 relatar que não há articulação direta da Secretaria Estadual da Saúde com o Hospital das Clínicas em relação à efetivação da Política Nacional de Saúde, considera-se que estes protocolos têm papel fundamental no trabalho da equipe profissional como um todo.

As falas das assistentes sociais sobre a participação nos casos de protocolos clínicos e em outros atendimentos específicos se revelaram como um instrumental importante no processo de efetivação do atendimento humanizado.

As profissionais entrevistadas mencionaram a relevância da participação do Serviço social nos atendimentos às vítimas de abuso sexual, que são inseridas no Protocolo do Núcleo de Atendimento às Vítimas de Abuso Sexual – NAVIS⁶¹, na perspectiva da humanização como direito à saúde. Neste sentido, além do acolhimento, as profissionais orientam à vítima e familiares quanto a necessidade de continuidade do tratamento e realizam o encaminhamento para o atendimento médico. As entrevistadas AS-1 e AS-3 trouxeram detalhes deste atendimento:

(...) o assistente social é acionado em todos os casos de abuso sexual, independente do sexo e da idade, a gente tem este trabalho. Depois do atendimento médico, ele passa pela parte da MI (Moléstia Infecto-Contagiosas) da vacinação, dos antiretrovirais necessários. Aí ele vem para o Serviço Social, onde a gente faz a entrevista social, marca o retorno ambulatorial, faz toda a investigação social. No caso de crianças, a gente precisa fazer uma apuração o mais fidedigna possível, providencia relatório médico que vai ser encaminhado à Vara de Infância e Juventude para providências cabíveis do processo. Marcamos o agendamento ambulatorial dele no ANAVIS, que é o ambulatório de vítimas, lá do Prédio dos Ambulatórios, e passamos o resumo do caso para o assistente social do ambulatório que vai dar segmento do caso. (AS-1).

E no (...) NAVIS, a gente tem o acolhimento, o apoio que a gente presta. Na verdade o acolhimento tem que começar desde a entrada deste paciente. O paciente que sofreu um abuso sexual, quando ele chega ao Serviço Social, já passou pela equipe médica,

⁶¹ Vale ressaltar que o atendimento do NAVIS é realizado desde o ano de 2002, sendo anterior ao estabelecimento do HumanizaSUS.

pela equipe de enfermagem e aqui nós prestamos aquela parte final de acolhimento e encaminhamento para o ambulatório, porque aqui nós temos um atendimento emergencial(...). Se ela estiver acompanhada da família, também acolhemos a família e damos as orientações (...) (AS-3).

No caso do protocolo de pneumonia adquirida na comunidade, além do atendimento emergencial, estes profissionais reiteram aos usuários a necessidade de seguirem o tratamento corretamente e têm um atendimento diferenciado, apresentado nos relatos das entrevistadas AS-3 e AS-2:

Nossa atuação nestes protocolos é (...) esclarecer sobre a importância do protocolo. O protocolo de pneumonia, por exemplo, o paciente tem que ser orientado que é importante ele seguir o tratamento, que apenas o atendimento do Pronto Socorro não vai resolver, que ele tem que tomar toda a medicação, que ele tem que ter um acompanhamento. (...) [A] gente tenta sensibilizar o paciente para que ele continue o tratamento, (...) e procure a unidade básica de saúde para que prossiga o tratamento, ou mesmo no ambulatório do HC, conforme o encaminhamento do médico. (AS-3).

E o [protocolo] de pneumonia é o que a gente tem feito mais. O objetivo é nós fornecermos inicialmente a medicação e a importância de sensibilizar o paciente com a aderência ao tratamento. E depois a gente encaminha conforme o médico define. Se encaminha para o posto, a importância de... nós fazemos o encaminhamento, qual é o posto de saúde que ele pode continuar o tratamento. E o que é mais interessante, é que depois de um mês nós temos ligado para saber como que está este paciente do nosso protocolo de pneumonia, se ele conseguiu ser atendido no posto, se ele conseguiu marcar, se ele tomou toda a medicação, o que aconteceu, se ele estar melhor. Eu acho que isto é que é muito interessante no protocolo de pneumonia. A gente procura saber também como é que está... Não é só encaminhar e eu acho que é muito legal neste sentido. (AS-2).

Dessa forma, os relatos das assistentes sociais denotam que o atendimento profissional tem viabilizado aos usuários o exercício da cidadania pela via de acesso à saúde, a partir do momento em que são acolhidos e encaminhados aos recursos de saúde.

No que se refere ao papel da Divisão de Serviço Social Médico – DSSM, na discussão das práticas profissionais, a entrevista D-2 menciona que a humanização em si é um tema fomentado nesta Divisão, como relata a entrevistada D-2:

A questão da humanização tem sido debatida, discutida, refletida na Instituição como um todo não só na Divisão de Serviço Social Médico. A própria Instituição tem se valido da Política traçada nacionalmente, constituindo inclusive, um Comitê para a questão. A Divisão de Serviço Social Médico está presente e atuante diretamente sendo designada para comandar a Coordenadoria de Hospitalidade do Instituto Central e que imprimido muitas algumas ações em busca da humanização do atendimento tanto ao cliente interno como externo. (D-2).

Apesar das discussões sobre humanização, sobretudo das ações realizadas, a entrevistada H-3, relatou que ainda não houve discussão da Política Nacional de

Humanização, sendo poucos os profissionais que tiveram acesso a ela. Contudo, avalia que o Serviço Social como profissão, tem a premissa da humanização:

(...) mas realmente o pessoal não conhece a Política, o Programa Nacional talvez um pouco mais. Mas quando chegou a Política, as pessoas dificilmente tiveram acesso a ela, eu não sei (...) [na] administração se ela [política] veio ou não, nem nós do Serviço Social pegamos a Política para discutir, eu acho que seria uma excelente idéia, a gente pode fazer, para estar disseminando. Então você veja, são pouquíssimas pessoas que conhecem a Política. Agora o Serviço Social, por definição, sempre trouxe esta política com ele. Então quando surge o próprio programa, era uma coisa que já existia e que tinha que sistematizar, mas a questão da Saúde já estava totalmente debilitada. (H-3).

Este relato demonstra que as discussões sobre a humanização, enquanto Política, ainda são muito latentes, mas do ponto de vista das relações humanas e da relação profissional-usuário, estas discussões têm ocorrido na Divisão, sobressaindo-se as divulgações dos trabalhos que são realizados.

A entrevistada AS-1 trouxe em seu relato o conhecimento de tais trabalhos, enfatizando a necessidade de uma maior divulgação e participação da equipe:

Acho que estão procurando divulgar bastante. A gente sabe de trabalhos realizados dentro da divisão, como o ECOS por exemplo. Que é um trabalho legal e tem os grupos, por exemplo da geriatria. Então como Divisão, então eu acho que está sendo procurado e desenvolvido sim, mas precisa ainda crescer. A Banca móvel, que é uma implementação que foi feita e... a banca com revistas de divertimento, de notícias, jornais, até mesmo utensílios de higiene pessoal passa dentro das unidades para os pacientes, então eu acho que são projetos que eles estão desenvolvendo. Tem também o projeto da hemodiálise de trabalho artesanal, pintura que a gente sabe que existe.. Então, isto também é um projeto de humanização. Ainda é um trabalho assim... eu acredito que ainda está engatinhando, tem bastante coisa para desenvolver e acho que precisa mais de divulgação mesmo e da participação do grupo como um todo. (AS-1).

No que se refere às práticas profissionais que norteiam a profissão, algumas entrevistadas entendem que a humanização está diretamente ligada ao Serviço Social:

É interessante, então é aquilo que norteia a nossa profissão. Tem nos valores que norteiam a nossa prática profissional de acolhimento à pessoa. Todos aqueles valores que norteiam a nossa profissão. (AS-2).

A entrevistada está se referindo a um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Assistentes Sociais: “Defesa intransigente dos Direitos Humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo”.

No entendimento da AS-3, a natureza e a essência do Serviço Social enquanto profissão está relacionada à humanização, também fazendo menção ao Código de Ética:

O Serviço Social também já é uma parte humanitária, ele já faz parte desta Política Nacional de Humanização. (...). Eu tenho esta impressão. Eu não fui pesquisar, mas o nosso trabalho já é humanitário. Então o nosso compromisso é com o humano, ter a capacidade de atender este paciente, de orientar, de entender nas suas limitações. (...) Então a gente está tentando resolver esta questão, dentro desta política humanitária, buscando soluções, apesar do problema maior está sendo na falta de funcionário, que é no hospital como um todo. (...) E o Serviço Social em si é humanitário, desde a nossa teoria, porque desde o primeiro dia que você entra na faculdade, você vê que é um curso humanitário. Que está preocupado com as relações humanas. (AS-3).

Pelos relatos de AS-2 e AS-3, a humanização está intrinsecamente ligada à profissão, pois, “profissão humana por excelência, postura humanizada e atitudes de humanização sempre foram partes da ação cotidiana do assistente social” (Forte: 2006, 8).

A análise deste terceiro núcleo demonstrou que as práticas do Serviço Social na perspectiva da humanização como direito à saúde e a cidadania, têm sido uma constante no Pronto Socorro.

Ainda que as dificuldades inerentes a um ambiente de emergência já estejam postas, o Serviço Social busca enfrentá-las para a efetivação dos direitos à saúde e à cidadania.

As práticas profissionais evidenciaram que há um compromisso ético com os usuários em todos os sentidos através das orientações, encaminhamentos, incentivo ao protagonismo sócio-político, sendo este um dos princípios que regem o projeto ético-político do Serviço Social.

Isto não significa que tal compromisso seja única e exclusivamente atribuição do assistente social, pois cabe aos demais profissionais da equipe atuarem no processo conjuntamente, valorizando a participação dos usuários, em consonância com o que preconiza o HumanizaSUS.

Para tanto, a formação continuada de gestores e de toda a equipe profissional no HC, e, particularmente no PS, é condição indispensável para a concretização da Política Nacional de Humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou maior aproximação com a Política Nacional de Humanização. Por ser uma política instituída desde 2003, não há ainda um número expressivo de produção acadêmica sobre o HumanizaSUS. A maioria das produções são reflexões contidas em artigos sobre os diversos significados a ela atribuídos e a necessidade de uma melhor conceituação com vistas à sua concretização.

Em termos de produção de conhecimento em Serviço Social, este estudo é inédito ao tratar da Política Nacional de Humanização em um serviço de emergência. Por isso, esta pesquisa supõe o desenvolvimento de outros estudos que contemplem questões como: a resolutividade dos protocolos como forma de acolhimento, ou ainda, avaliação sobre os resultados dos encaminhamentos realizados nos atendimentos do Serviço social aos protocolos, na perspectiva da humanização.

Os resultados da pesquisa, expressos a partir da construção de três núcleos analíticos demonstraram que, no primeiro, da implementação, o Hospital das Clínicas vem concretizando o processo de humanização da saúde, na direção do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e da Política Nacional de Humanização.

Com relação ao segundo núcleo, da efetivação, verificou-se que os profissionais têm claro que este processo está relacionado ao acolher, atender bem e promover a saúde do paciente.

No que diz respeito ao núcleo das práticas das assistentes sociais visando o exercício do direito social à saúde e à cidadania, o estudo demonstrou que estas profissionais têm se esforçado para possibilitar aos usuários do Pronto Socorro o acesso à informação sobre os seus direitos através de orientações e encaminhamentos. As assistentes sociais também denotaram em suas falas maior sensibilidade e disposição em interpretar as necessidades dos usuários, buscando soluções não só imediatas, como preventivas.

Esta pesquisa oportunizou ainda reflexão sobre os processos de saúde, visando a humanização, na qual mais do que estudos e investigação sobre esta temática é necessária sinergia entre a instituição de saúde e os profissionais e destes com os usuários.

Por ser o Hospital das Clínicas uma instituição que tem em seu tripé o ensino, a pesquisa e a assistência, os profissionais procuram imprimir esta marca em todas as ações desempenhadas no cotidiano do Pronto Socorro. A dinamicidade deste serviço se revela nas múltiplas demandas que são diariamente atendidas, exigindo que os profissionais estejam atentos a detalhes nem sempre visíveis a “olho nu”. As subjetividades apresentadas pelos usuários requerem respostas diferenciadas, nem sempre encontradas em outros recursos de saúde.

Em meio às situações dinâmicas de urgência/emergência, próprias do PS, os profissionais em suas diferentes especialidades, realizam suas práticas ao mesmo tempo em que buscam novas e melhores formas de atendimento. Estes desempenhos profissionais não respondem somente a uma rotina institucional, mas valorizam e privilegiam as particularidades de cada área ou serviço.

O interesse e a criatividade dos profissionais dão ao atendimento uma outra característica. Um encaminhamento ao recurso da comunidade não se encerra unicamente em um endereço fornecido. Este procedimento tem por base orientações que envolvem um processo de informação ao usuário, sendo estas uma das quatro marcas da Política Nacional de Humanização, ao lado das demais: redução de filas, os usuários devem conhecer quem são os profissionais de saúde e gestão participativa.

Os resultados evidenciaram ainda a identificação de alguns aspectos relevantes que se sobressaíram durante o desenvolvimento da pesquisa e da análise de dados:

- um primeiro aspecto é sobre o Comitê Humaniza, no qual observou-se que este grupo tem clareza sobre os objetivos da Política Nacional de Humanização, seja no que se refere ao envolvimento de todos os sujeitos (gestores, profissionais, usuários) nos processos de saúde, seja no alcance das quatro marcas estabelecidas pela referida Política. Isto demonstra que o Hospital das Clínicas vem buscando a adequação das políticas internas com as políticas que fundamentam as práticas de saúde;
- um segundo aspecto diz respeito à equipe do Pronto Socorro, em que se observou a genuína preocupação dos profissionais com o bem estar dos usuários atendidos, a qual não se resume apenas em realizar com competência práticas já instituídas, mas também refletir as possíveis conseqüências negativas em caso de uma intervenção não bem conduzida;

- um terceiro aspecto, é que apesar das dificuldades inerentes a um serviço de emergência, existe um interesse por parte dos profissionais em superar os limites intra e extra institucionais, visando atingir, cada vez mais, a qualidade dos serviços prestados;
- um quarto aspecto identificado se refere à divulgação e discussão da Política Nacional de Humanização entre os profissionais, o que exige sua inclusão ou ampliação nos programas existentes de capacitação ou educação continuada dos profissionais do HC.

Tais aspectos foram de suma importância para o reconhecimento dos significados que os entrevistados revelaram sobre o atendimento humanizado no PS, o que permitiu confirmar a hipótese traçada no sentido de que a efetivação da humanização vem sendo um processo em construção nesse serviço.

Apesar de não existir entre os profissionais o mesmo grau de conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, cabe destacar que na visão de todos, as práticas de humanização podem ultrapassar as normas estabelecidas. Isto porque nessas práticas perpassam a noção de direito à saúde e à cidadania, bem como o respeito à dignidade da pessoa humana.

No caso das assistentes sociais, estas questões se fizeram mais presentes em seus relatos, pois se inserem estruturalmente no projeto ético-político do Serviço Social. Neste sentido, o Serviço Social no PS tem revelado um posicionamento diferenciado dos demais profissionais, ao disseminar com mais ênfase as propostas de humanização, principalmente no que se refere ao acolhimento e à informação.

Estes aspectos estão intrinsecamente relacionados entre si e remetem a reflexões acerca de outros avanços para a efetivação da humanização.

O primeiro é ampliar os canais de comunicação entre os diversos serviços, ou seja, intra e interinstitucionais, no Complexo do Hospital das Clínicas sobre as práticas de humanização. A ampliação destes mecanismos possibilitaria a criação de diversas atividades comuns, respeitando-se a singularidade e particularidade de cada serviço.

O segundo avanço consiste no fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e os gestores, de forma a propiciar maior integração deles, o que poderia trazer mais eficácia dos serviços.

Ao finalizar este estudo é mister valorizar o pioneirismo do Hospital das Clínicas e do Pronto Socorro na busca da efetivação do HumanizaSUS e neste

processo, como se procurou mostrar, os esforços dos profissionais e gestores para que esta Política seja, hoje e, no futuro, uma realidade vívida em sua totalidade.

É um projeto desafiador de toda a comunidade “hagaceana”, pois o humanismo faz parte de seus valores, o que possibilita crer na superação de suas limitações e no crescente aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da Cultura: Perfis Pedagógicos da Prática Profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

ALBERNAZ, M. R. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP DE 1943-1962: 20 Anos de História**. Monografia, HCFMUSP, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. e JUCÁ, V. **Saúde como ausência de doença: Crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse**. Rio de Janeiro. V. 10 n.3, 2005. <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/edicoes/php>. Acesso em 19/10/2006.

ALMEIDA FILHO, N. **O conceito de Saúde: ponto-cego da epidemiologia?** Revista Brasileira de Epidemiologia. V.3 n.1-3. São Paulo, abr-dez 2000. <http://www.abrasco.org.br/Revistas/Epidemiologia/revista.htm>. Acesso em 19/10/2006.

ANDRADE, S. **Serviço médico-social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: 1940 a 1960**. Tese de doutorado, PUC-SP, 1995.

AYRES, J. R. C. M. **Hermenêutica e Humanização das práticas de Saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. V. 10 n.3, 2005. <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/edicoes/php>. Acesso em 28 mar 2007.

AYRES, J. R. de C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. In Saúde e Sociedade – Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde. v. 13[3]. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, 2004.

BAPTISTA, M. V. **A investigação em Serviço Social**. São Paulo: Veras Editora; Lisboa [Portugal]: CPIHTS – Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2006.

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BELINI, M. & ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **O Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP** - Revista de Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez Editora, 1983, p. 140-151.

BERTANI, I. F. (org.). **Retratos da Saúde: O Relatório QUAVISSS**. São Paulo: UNESP, 2006.

BOBBIO, N. Estado, Governo, Sociedade. **Para uma teoria geral da Política**. 8ª ed. – Tradução: Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível. Vols. I e II**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005-2006.

BRASIL. - **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde** – Brasília, 1999.

BRASIL. - **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde** – Brasília, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Esplanada, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde e SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde. **Controle, Avaliação e Auditoria – Sistema Único de Saúde – SUS/SP – Terminologia Básica, Auditoria e Controle**. Brasília: Ministério da Saúde, Dez/1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e Redes de Saúde : Valorização dos Trabalhadores da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Urgência e Emergência: Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma ético-estético no fazer em saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: A Clínica Ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão Participativa: Co-Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Visita Aberta e Direito a Acompanhante** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Grupo de Trabalho de Humanização: GTH** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In: Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

BRAZ, M. **O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social**. In: **Revista Serviço Social e Sociedade nº 78 – Gestão Pública**. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

CARVALHO, G. I. e SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e 8142/90)**. 3ª ed. revista e atualizada. Campinas. SP: Editora da Unicamp, 2001.

CAVALCANTI, L. F. e ZUCCO, L. P. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. e LIMA, M.H. J. **Necessidades de Saúde das Pessoas Como Eixo Para a Integração de Equipes e a Humanização do Atendimento na Rede Básica de Saúde**. In: Saúde e Humanização: A Experiência de Chapecó. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CHERCHIGLIA, M. L.. **O Conceito de Eficiência na Reforma Setorial do Estado Brasileiro nos Anos 90: Difusão e Apreensão em um Hospital Público**. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/UPS, 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas**. 3ª ed. Cortez Editora. São Paulo, 1998.

CONH, A. e ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil – Políticas e Organização de Serviços**. 5ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – **Resolução nº1451** – de 10 de março de 1995.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** Revista Serviço Social e Sociedade. n° 62. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

COUTO, R. C. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP – 1983 – 2003: Pesquisa, Ensino e Assistência – A Assistência Como Tema Central de Análise.** Monografia, HCFMUSP, 2003.

DALLARI, S. G. (et al.). **Atendimento Médico de Urgência na Grande São Paulo.** In: Revista Saúde e Sociedade v. 10[2]. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, 2001.

DEMO, P. **Política Social, Educação e Cidadania.** 4ª ed. São Paulo: Papyrus Editora, 2001.

DESLANDES, S. F. **Análise do Discurso Oficial sobre a humanização da Assistência Hospitalar.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9 n 1. 2004 – <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/edicoes/index.php>. Acesso em 18 mar 2007.

DICIONÁRIO DE MEDICINA E SAÚDE. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003

FERREIRA, J. P. **A Prática Profissional na Área da Saúde: Limites e Perspectivas da Divisão de Serviço Social Médico do Instituto Central do Hospital das Clínicas FMUSP.** Dissertação de Mestrado, PUC/SP, 1996.

FORTE, M. J. P. **Serviço Social e Humanização Hospitalar.** Revista Serviço Social Hospitalar. V. 10-11. São Paulo:Coordenadoria de Atividades do Serviço Social - HCFMUSP, 2006.

FORTES, P. A. C. **Ética, Direitos dos Usuários e Políticas e Humanização da Atenção à Saúde.** In Saúde e Sociedade – Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde. v. 13[3]. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, 2004.

GASPARINI, A. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP – 1983 – 2003: Pesquisa, Ensino e Assistência – O Ensino Como Tema Central de Análise.** Monografia, HCFMUSP, 2003.

GIL, A. C. **Como Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOES, O. **Repercussão de Política Pública de Saúde em Serviço de Emergências Clínicas em Nível Terciário.** Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina- USP, 1999.

GONÇALVES, C. A. **Direitos à Saúde: Um Estudo Sobre as Práticas dos Assistentes Sociais de Sorocaba.** Dissertação de Mestrado. PUC/SP, 2006.

- GUIMARÃES, N. V. R. (org.). **Hotelaria Hospitalar: Uma Visão Interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Esboço de uma Interpretação Histórico-Methodológica**. 14ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletâneas, decretos e regulamentos para a instrumentação da (o) assistente social. SP: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo (gestão 2005-2005)., 2004.
- LEITE, J. L. e RODRIGUES, M. P. **Questão Social e Saúde na Atualidade: Reflexões acerca da Aids e da Saúde Mental**. UFRJ – (s/d) disponível em www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p16.2.htm - acesso em 29/10/2004.
- LIMA, A. X., MELO, C. M. P. e SILVA, K. R. **Comissão de Humanização: O Desafio da Implantação**. Monografia, IEP Albert Einstein-SP, 2005.
- LIMA, E. F. R. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP – 1983 – 2003: Pesquisa, Ensino e Assistência – A Pesquisa Como Tema Central de Análise**. Monografia, HCFMUSP, 2003.
- MANZZARO, K. G. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP DE 1983-2002: 20 Anos de História**. Monografia, HCFMUSP, 2002.
- MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
- MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações Básicas para a Pesquisa**. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- MARTIN, L. M. **A Ética e a Humanização Hospitalar**. In: PESSINI, Leo e BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- MARTINELLI, M. L. (org). **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.
- MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90**. Revista Serviço Social e sociedade. nº 74. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. 5ª ed. revista e ampliada São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- MERHY, E. E. (org.). **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O caso de Betim/MG**. In: O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos**. São Paulo: Projeto Editorial UNG, 1995.

- MEZOMO, J. C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premius Editora, 2001.
- MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da Humanização Hospitalar – Uma Visão Multiprofissional**. São Paulo: Editora Loyola, 2003.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.
- MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 2ª ed. Cortez Editora. São Paulo, 2000.
- NEGRI, B., et al. **Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. São Paulo: UNICAMP, 2002.
- NETTO, J. P. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social Frente à Crise Contemporânea**. In Capacitação em Serviço Social e Política Social; Módulo 1. Brasília, CEAD, 1999.
- _____. **Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social no Brasil no pós-64**. 7ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- _____. e FALCÃO, M. C. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- NETO, O. C. **O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação**. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualymark Editora, 1994.
- NOGUEIRA, V. M. R. e MIOTO, R. C. T. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e BÓGUS, C. M. **Considerações sobre a Metodologia Qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em Saúde**. In: Revista Saúde e Sociedade – Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde. v. 13[3]. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, 2004.
- OLIVEIRA B. R. G., COLLET N., e VIEIRA C. S. **A humanização da assistência à Saúde**. Revista Latino Americana de Enfermagem. V. 14[2], 2006. <http://www.sciello.br/pdf/v14n2a19.pdf>. Acesso em 18.03.2007
- PESSINI, L. **Humanização da Dor e do Sofrimento Humanos na Área da Saúde**. In: Revista Bioética. v. 10 [2], 2000.
- PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – **Decreto 881 de 19 de junho de 2001**.
- RECH, C. M. F. – **Humanização Hospitalar: O que os tomadores de decisão pensam a respeito?** – Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 2003.

REIS, A. O. A., MARAZINA, I. V., GALLO, P. R. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** In Saúde e Sociedade – Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde. v. 13[3]. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública, 2004.

Revista Serviço Social Hospitalar. V. 01-09. São Paulo: Coordenadoria de Atividades do Serviço Social - HCFMUSP.

RIBEIRO, C. A. **O Padrão de Resolutividade do Pronto Socorro Municipal da Lapa – São Paulo.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública - USP/SP, 1998.

SÀ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de Emergência.** Tese de Doutorado. USP, 2005.

SEGRE, M. e FERRAZ, F. C. **O conceito de Saúde.** Revista Saúde Pública. V. 31 n. 5. São Paulo, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=es&nrm=iso Acesso em 19/10/2006

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 22ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

SILVA, R. A. A. **Trajetória do Serviço Social no Hospital das Clínicas da FMUSP DE 1963-1982: 20 Anos de História.** Monografia, HCFMUSP, 2002.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social.** 2ª ed. – Florianópolis: Ed. Da UFSC; São Paulo: Cortez Editora, 1999.

SOUSA, R. M. S. **Controle Social em Saúde e Cidadania.** In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 74 – Saúde, Qualidade de Vida e Direitos.** São Paulo: Cortez Editora, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Básica: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Ed. Brasileira. UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

VAISTSMAN, J. e ANDRADE, G. R. B. de. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, 2005 – <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/edicoes/index.php>. Acesso em 19 jun 2007.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde.** 2ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora. 2003.

VIEIRA, E. **A Política e os Direitos Sociais.** In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** N. 53. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

YAZBEK, M. C. **O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. In Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 2.** Brasília, CEAD, 1999.

Legislação

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Lei 6229 de 17 de julho de 1975.

Sites

www.abrasco.org.br

www.bvsms.saude.gov.br

www.hcnet.usp.br

www.portalhumaniza.org.br

www.saude.gov.br

ANEXOS

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Ex-Coordenador do Grupo de Trabalho de Humanização

- 1 – Como se deu a formação do Grupo de Trabalho de Humanização do HC?
- 2 – Quais eram os objetivos do grupo durante o período em que a senhora esteve na coordenação?
- 3 – Quais os profissionais que compõem o Grupo de Trabalho e como se deu a sua escolha?
- 4- Como eram estabelecidas e desenvolvidas as atividades do grupo durante o período em que a senhora esteve na coordenação? Há ações específicas para a Unidade de Pronto Socorro?
- 5 – Quais as estratégias que o Grupo de Trabalho utilizou para a divulgação destas ações entre os profissionais do Pronto Socorro e como promove a participação destes no processo de humanização durante o período em que a senhora esteve na coordenação?
- 6– Como surgiu a idéia do “Dia H”, porque ele é importante e como é comemorado?
- 7 – Quais os limites e possibilidades do atendimento humanizado no Pronto Socorro que o a senhora observou na sua atuação?
- 8 – Ao seu ver, quais as repercussões do atendimento humanizado do Pronto Socorro para os pacientes, familiares, profissionais e gestores?.
- 9 - Quais os indicadores que o Grupo de Trabalho utilizou para avaliar o atendimento humanizado no Pronto Socorro durante o período em que a senhora esteve na coordenação?
- 10 – Concluindo em termos gerais, qual a análise que a senhora faz sobre a Política Nacional de Humanização?

Coordenador da Hospitalidade

- 1 – Como se deu a formação do Grupo de Trabalho de Humanização do HC?
- 2 – Quais são os objetivos do grupo?
- 3 – Quais os profissionais que compõem a Coordenadoria de Hospitalidade e como se deu a sua escolha?
- 4– Quais as atividades desenvolvidas pela Coordenadoria com relação à efetivação da Política Nacional de Humanização no Serviço de Pronto Socorro?
- 5 – Como se dá a participação dos profissionais do Pronto Socorro no atendimento humanizado?
- 6 – Quais os limites e possibilidades do atendimento humanizado no Pronto Socorro que o (a) senhor (a) observa na sua atuação?
- 7 – Quais as melhorias alcançadas com atendimento humanizado e quais outras melhorias devem ser alcançadas no pronto socorro e no Instituto Central do Hospital das Clínicas?
- 8 – Que indicadores a Coordenadoria utiliza para analisar o atendimento humanizado no Instituto Central, especificamente no Pronto Socorro?
- 9 - Concluindo em termos gerais, qual a análise que a senhora faz sobre a Política Nacional de Humanização?

Medicina, Serviço Social e Enfermagem

- 1 – Em seu ponto de vista, o que é atendimento humanizado?
- 2 – A Política Nacional de Humanização faz parte da agenda de estudos da Divisão Médica do Instituto Central do Hospital das Clínicas? Como estes estudos se efetivam em novas práticas de atendimento humanizado no Pronto Socorro?
- 3 – Face às particularidades de emergência e urgência do Pronto Socorro, como o (a) senhor (a) analisa a relação entre os profissionais (médico, enfermeiro e assistente social) como uma condição básica para o atendimento humanizado? Há dificuldades ou não nessas relações interprofissionais? Explícite quais.
- 4 – Quais os limites e possibilidades do atendimento humanizado no Pronto Socorro que o (a) senhor (a) observa na sua atuação?
- 5 – Ao seu ver, quais as repercussões do atendimento humanizado do Pronto Socorro para os pacientes, familiares, profissionais e gestores?
- 6 – Concluindo em termos gerais, qual a análise que o (a) senhor (a) faz sobre a Política Nacional de Humanização?

Assistente Social

- 1 – Quais as atribuições específicas do assistente social no Pronto Socorro?
- 2 – Em seu ponto de vista, o que é atendimento humanizado?
- 3 – Qual a sua participação profissional no atendimento humanizado do Pronto Socorro?
- 4 – Como são as relações interprofissionais entre o assistente social e os demais profissionais no atendimento humanizado do Pronto Socorro?
- 5 – Quais as repercussões dos estudos sobre a Política Nacional de Humanização realizados na Divisão de Serviço Social Médico no atendimento humanizado do Pronto Socorro?
- 6 - Concluindo em termos gerais, qual a análise que o (a) senhor (a) faz sobre a Política Nacional de Humanização?

ANEXO II - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO – (Perfil do Entrevistado)

1– Perfil do Entrevistado

1.1 – SEXO: () feminino () masculino

1.2 – IDADE: _____anos

1.3 – NATURALIDADE: _____

1.4 – GRADUAÇÃO:

Curso Realizado:

() Enfermagem () Medicina () Serviço Social

Faculdade: () Pública () Privada Ano de conclusão: _____

Local/ Cidade: _____

2 – Cursos

() Graduação (alem da formação acima especificada) – Ano: _____

Cidade: _____

Local: _____

Curso: _____

() Aprimoramento Profissional – Ano: _____ Cidade: _____

Local: _____

Área: _____

2.1 – Pós-graduação stricto-senso

() Mestrado – Ano: _____ Cidade: _____

Local: _____

Área: _____

() Doutorado – Ano: _____ Cidade: _____

Local: _____

Área: _____

2.2 – Pós-graduação latu-senso

() Especialização

1. Ano: _____ Cidade: _____

Local: _____

Área: _____

Se realizou outro (s), especifique a área, o ano e o local _____

3 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

3.1– Quais as experiências profissionais, em sua área de formação, anteriores a do Hospital das Clínicas?

3.2 – Há quanto tempo trabalha no Hospital das Clínicas? _____

3.3 – Em que Instituto atua? _____

3.4 – Há quanto tempo? _____

3.5 – Qual o seu cargo atual e há quanto tempo está nele?

3.6 –Você atuou em outro Instituto?

3.7 – Você está inserido em algum projeto na área em que atua? Qual?

IV – Informações complementares que julgar necessárias.

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (entrevista)

DESCRIÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS: Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a Humanização Hospitalar. Este estudo é importante para saber como vem se efetivando a Política Nacional de Humanização no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no ponto de vista dos profissionais e dos responsáveis pela implantação da referida política e como se dá a participação dos mesmos neste processo.

Vou fazer algumas perguntas, que não terão outro efeito, senão o de estudar o Processo de Humanização no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, mediante questionário semi estruturado com questões abertas. Realizaremos esta pesquisa e as entrevistas dentro do próprio Hospital das Clínicas.

PARTICIPAÇÃO E INTERRUPÇÃO: Este estudo não tem relação com o seu desempenho profissional e nem o objetivo de medi-lo. Se não quiser participar você pode se recusar e nada mudará com relação às atividades profissionais às quais se dedica. Se você aceitar este convite, você pode mudar de idéia a qualquer momento e interromper a sua participação no estudo, se assim o quiser, não sofrendo nenhum tipo de prejuízo.

BENEFÍCIOS E RISCOS: Se você aceitar participar deste estudo, você pode ser beneficiado ao pensar sobre o processo de humanização no Pronto Socorro do Instituto do Hospital das Clínicas. Além Disso, este estudo poderá servir de base para analisar as suas expectativas e reflexões em relação à atuação dos profissionais e ao papel dos gestores, dos usuários e dos próprios profissionais neste processo. Como você sabe, a Humanização é uma política instituída pelo Ministério da Saúde em toda a rede do Sistema Único de Saúde no Brasil, desde o nível de atenção básica até a hospitalar, inclusive no atendimento de urgência e emergência.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade não será divulgada. Manteremos o anonimato das entrevistas através de números/letras seqüenciais.

Declaro que li e entendi as informações que me foram transmitidas acima e concordo em participar deste estudo.

Local e Data	Local e Data
Nome do Profissional	Nome da Pesquisadora Edna Fernandes da Rocha Lima
Assinatura do Profissional	Assinatura do Profissional
Nome da Testemunha	Nome da Testemunha
Assinatura da Testemunha	Assinatura da Testemunha

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (perfil do entrevistado)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a Humanização Hospitalar. Este estudo é importante para saber como vem se efetivando a Política Nacional de Humanização no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do ponto de vista dos profissionais e dos responsáveis pela implantação da referida política e como se dá a participação dos mesmos neste processo.

Vou fazer algumas perguntas, que não terão outro efeito, senão o de identificar o perfil dos entrevistados, mediante questionário estruturado com questões fechadas. Realizaremos esta pesquisa e as entrevistas dentro do próprio Hospital das Clínicas. Este estudo não tem relação com o seu desempenho profissional e nem o objetivo de medi-lo. Se não quiser participar você pode se recusar e nada mudará com relação às atividades profissionais às quais se dedica. Se você aceitar este convite, você pode mudar de idéia a qualquer momento e interromper a sua participação no estudo, se assim o quiser, não sofrendo nenhum tipo de prejuízo.

Sua identidade não será divulgada. Manteremos o anonimato das entrevistas através de números/letras seqüenciais.

Declaro que li e entendi as informações que me foram transmitidas acima e concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Profissional

Assinatura da Pesquisadora

Testemunha

Testemunha

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)