

Edição Especial

Humanização em Perspectiva



Sumário

• Editorial

Cleuza Abreu, Joaquim José da Glória Júnior, Maria Cezira Fantini Nogueira Martin, Márcio Derbli.....05

• A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde

Dário Frederico Pasche e Eduardo Passos.....07

• A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde

Maria Elizabeth Barros de Barros e Regina Benevides de Barros.....15

• Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo (SP)

Amanda de Ornelas Carvalho e Cacilda Geraldo dos Santos Oliveira.....21

• Coletivo de Gestão: um espaço a ser inventado

Angela Raquel de Oliveira Schiavon, Cristiane Ribeiro e Mônica Vilchez da Silva.....27

• Cuidando dos Cuidadores – Um programa multidisciplinar de acolhimento dos cuidadores informais no Hospital Geral de Pirajussara

Yumi Kaneko e colaboradores.....31

• Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização

Sívio Yasui e Liamar Aparecida dos Santos.....35

• Encontro da gestante: o encontrar da singularidade com a multipluralidade

Ana Beatriz B. Salesse, Celso Martins, Maria Auxiliadora Rocha.....41

• Relato de experiência de ações de humanização numa unidade neonatal

Lisiane Valdez Gaspary e Jacqueline Macedo.....45

• Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP): um novo conceito no cuidado de crianças portadoras de doenças crônicas

João Fernando Lourenço de Almeida, Cristiane Freitas Pizarro e Flávio Roberto Nogueira de Sá.....53

• O hospital pelo olhar da criança

Aide Mitie Kudo e Priscila Bagio Maria Barros.....61

• Atenção integral à criança, adolescente e famílias em situação de violência doméstica no ambulatório de saúde do Programa Aquarela - São José dos Campos (SP)

Ana Carla Figueiredo Pinto e Fátima Aparecida Ribeiro.....69

Este número especial do Boletim do Instituto de Saúde, elaborado em parceria com a Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria do Estado de Saúde (SES), é uma oportunidade, infelizmente rara, de comunicar as várias experiências que estão ocorrendo nas práticas de saúde no Estado de São Paulo, inspiradas no aporte teórico-prático da Política Nacional de Humanização (PNH), que ressoam na produção de subjetividades de gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

O conjunto dos textos aqui apresentados compõe uma mescla de artigos com predominância ora de aspectos eminentemente práticos, refletindo situações do cotidiano das unidades de saúde que se quer inovar, ora de aspectos teórico-conceituais, que se quer incorporados nos cenários de Hospitais, ambulatórios e unidades básicas.

Longo foi o percurso até que pudéssemos veicular essas experiências, que foram apresentadas inicialmente no IV Encontro de Humanização da SES, realizado na SES em 8 de dezembro de 2009. A partir de 2003, ano de criação da PNH, e das atividades de Humanização nos vários estados da Federação, percorremos várias etapas, que em seus movimentos interconectados redundaram em importantes avanços em nossa tarefa de implementar a PNH na SES.

Em alguns períodos a hegemonia dos esforços incidia na sensibilização e divulgação dos preceitos básicos da Humanização. Em outros momentos, desdobrávamo-nos na implementação dos dispositivos e diretrizes da PNH, como: o Acolhimento com Avaliação de Risco, a Visita Aberta e Direito a Acompanhante e a Gestão compartilhada, através de oficinas. Demos um salto de qualidade em 2008 e 2009 por intermédio de cursos de formação de apoiadores em Humanização, que dinamizaram as unidades da SES e dos municípios ampliando nossa rede de atuação, não só em quantidade, mas na qualidade de nossos parceiros. As veredas que percorremos não têm ponto de chegada. A SES está empenhada na regionalização e capilarização da Humanização, estágio de extrema relevância, para atingir as características singulares de cada região e levar o debate e a reflexão contidos na PNH aos mais distantes municípios do Estado.

Os artigos que apresentamos são experiências que abrangem, em seu contexto, questões fundamentais da PNH como a Cogestão que se expressa no texto “Coletivo de Gestão: um espaço a ser inventado” que, de maneira ousada, como dizem os autores, tenta romper com a lógica vigente, inventando o coletivo de gestão, espaço aberto a todos os trabalhadores de saúde.

Outros trabalhos indicam o esforço em criar novas formas no fazer saúde, como: a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital do Servidor Público do Estado; o projeto de acessibilidade realizado no Hospital Regional de Assis; o enfoque inusitado que nos traz o trabalho “O Hospital pelo olhar da criança”, do Hospital das Clínicas da USP; a utilização, em sua plenitude, do dispositivo “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”, que nos é apresentado pelo Hospital Regional de Pirajussara, no artigo “Cuidando dos Cuidadores – um programa multidisciplinar de acolhimento dos familiares no HGP”. Estes são apenas alguns exemplos da diversidade e importância dos relatos que os leitores encontrarão a seguir.

Cabe salientar ainda a agudeza e qualidade dos textos teóricos que, como já dissemos, complementam e interagem com textos predominantemente práticos.

Esperamos que a difusão desta revista sirva para reflexão, divulgação e análise dos processos produzidos em Humanização em São Paulo, bem como uma forma criadora de pesquisar e trabalhar no campo da saúde. Acreditamos que a disponibilização destes trabalhos ampliará o debate sobre a análise dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde, em sua complexidade, e construir estratégias para superá-los.

Cleuza Abreu

Joaquim José da Glória Júnior

Maria Cezira Fantini Nogueira Martin

Márcio Derbli

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3293-2244
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Nilson Ferraz Paschoa

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o
SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – BIS**Edição especial Novembro 2010****ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529**

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Samuel Antenor

Editores convidados
Cleuza Abreu
Joaquim José da Glória Júnior
Maria Cezira Fantini Nogueira Martin
Márcio Derbli

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas
Ana Maria da Silva

Capa: Ismael Nery, “Nós”, 1926
Coleção Roberto Marinho

Revisão
Deise Anne Rodrigues de Souza

Projeto gráfico e editoração
Estação das Artes - www.estacaodasartes.com.br

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA
Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Belkis Trench – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Charles Dalcanale Tesser – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis-SC – Brasil
Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil
José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil
José Ruben Bonfim – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil
Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Tania Margarete Mezzomo Keinert – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Tereza Etsuko da C. Rosa – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**SECRETARIA
DA SAÚDE**

A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde

Dário Frederico Pasche^I

Eduardo Passos^{II}

Resumo

Este artigo visa apresentar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH), que completa cinco anos desde sua formulação inicial. A aposta ético-política da PNH é discutida a partir dos desafios colocados no campo da saúde coletiva pelo Sistema Único de Saúde. A definição dos princípios, métodos, diretrizes e dispositivos da PNH é a ocasião para a problematização da saúde como direito e como processo de produção coletiva.

Palavras-chave: Humanização de serviços, cuidados de saúde, políticas públicas de saúde, saúde coletiva

^IDário Frederico Pasche (dario.pasche@saude.gov.br) é enfermeiro, sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. É coordenador nacional da Política de Humanização - Ministério da Saúde e professor adjunto no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (DCSa - UNIJUI).

^{II}Eduardo Passos (e.passos@superig.com.br) é psicólogo, mestre, doutor em Psicologia. É professor do Departamento de Psicologia da UFF e consultor da Política Nacional de Humanização do SUS.

INTRODUÇÃO

Não resta dúvida: o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país que, em 1988, ganhou estatuto constitucional. Passados 20 anos, inúmeros outros desafios ainda nos convocam para a manutenção da militância no campo da saúde.

No início de 2003, o Ministério da Saúde (MS) decidiu fazer uma aposta na humanização como reenchantamento do SUS. Ainda que timidamente, este tema já se anunciava desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) – no compasso de outras iniciativas como a Humanização do Parto e da Saúde da Criança – iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria da qualidade da atenção e, mais tarde, com foco também no trabalhador.

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), se intensifica esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção (nos modos de gerir e nos modos de cuidar). A PNH emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui *pari passu* à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização.

Assim, é importante analisar o SUS como política pública – haja vista que a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios. Nesta discussão é que se apresenta a PNH, tomando por referência sua construção discursiva e metodológica, bem como seus desafios para a qualificação da produção de saúde.

O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA COMO MATRIZ DO SUS: A PRODUÇÃO DO COMUM NA DIFERENÇA

A história nos ensina que movimentos de crítica e recomposição no campo da saúde, que redefinem conceitos e modos de organizar o setor, são incessantes e ininterruptos. Especificamente no caso brasileiro, as transformações mais importantes no sistema público de saúde, impetradas desde meados dos anos de 1980, decorreram da emergência e da produção teórico-metodológica da saúde coletiva.

O campo da saúde coletiva resulta e é expressão de movimentos de tensionamento e de reconstrução de certos modos de conceber a ciência e de se agir em

saúde¹⁵. Área interdisciplinar, multiprofissional e contra-hegemônica aos modos de produção e legitimação dos saberes na área da saúde, a saúde coletiva se apresenta, ao mesmo tempo, como movimento teórico, prático e político¹⁴, contestando, em alguma medida, a produção de saberes sob os ditames estanques da ciência positivista e cartesiana, partindo do pressuposto de que não há ciência neutra, senão interessada.

E qual o interesse da saúde coletiva? Transformar a produção científica e tecnológica do campo sanitário em instrumento e ferramenta de qualificação da vida, colocando-a sob a égide da justiça social. Além disto, a saúde coletiva é uma produção genuinamente brasileira¹², cuja contribuição tem sido importantíssima para a própria revisão e transformação da saúde pública¹³, até então, uma “versão para o coletivo” da biomedicina. Nesta medida, a saúde coletiva reclama por outras e novas formas de produção científica, pautadas por uma ética que coloca o coletivo como espaço da produção de políticas afirmativas do bom viver, da vida digna.

A comunidade científica que tem se construído a partir do campo da saúde coletiva, constituída por uma profusão de sujeitos oriundos das ciências – em suas mais variadas matrizes e matizes –, de movimentos sociais, trabalhadores e gestores da saúde, entre outros, desde muito cedo se demonstrou uma comunidade epistêmica heterogênea, com interesses não totalmente coincidentes.

Nesta medida, a uniformização da produção de conhecimento científico neste campo, não tem sido tarefa simples, nem necessária. Contudo, se a tentativa de padronização permite certa homogeneidade, sem a qual não há reconhecimento nem pertença, ao mesmo tempo, o processo de construção de um plano comum deve permitir lidar com diferenciações e distinções. Ou seja, deve-se partir da construção de um “plano comum” para, justamente, a partir dele, diferir, evitando-se homogeneizar posições dos membros da comunidade.

A saúde coletiva tem tido o mérito de reconhecer diferenças teóricas e metodológicas, evidenciando que não há produção de conhecimento desprendida da ação prática de seus sujeitos, quer estejam na academia, quer estejam na ação sanitária direta. Assim, não haveria propriamente uma distinção clara e inequívoca entre ação técnico-política e ação científica, cuja unidade se estabeleceria a partir de uma ética em direção ao bem comum, requisito básico da ação científica.

Reconhecer diferenças implica em acatá-las em suas especificidades. Reconhecer especificidades é

deslocar-se de centralidades, para uma multiplicidade de centros, que conformam redes, cujos nós disformes/não uniformes são justamente o que as potencializam: diferenças e diversidades reconhecidas como potência.

Eis a aposta: reconhecimento da diferença; diferença que fortalece, mas não uma diferença que não exclui. Uma diferença que combina, sendo ao mesmo tempo a norma e o desvio dela. Hibridismo, marca contemporânea que reconhece a complexidade dos fenômenos sociais e, portanto, a deficiência e insuficiência de modelos lineares de pensamento, reflexão e intervenção.

Distinguir especificidades significa, sobretudo, reconhecer o sentido e a direção da ação de grupos, de tribos em seus territórios existenciais e subjetivos. A atuação no território transforma-o em efeito da ação político-institucional, que é também submetida e determinada pelos efeitos que produz. É neste encontro e embate que saberes e tecnologias tomam novos sentidos éticos, políticos e estéticos. A ação do grupo, todavia, deve ser marcada por agir ético-estético-político que combina ação no território e reconhecimento da ação protagonista de seus agentes.

A saúde coletiva, em síntese, emerge de um movimento plural, que resulta em um processo que articula um novo fazer sanitário: a produção de atenção à saúde determinada e condicionada pela complexidade do seu objeto, assim como a gestão dos processos de trabalho no campo da saúde. O desafio é o de enfrentar o adoecimento e o risco de adoecer em sujeitos histórico-sociais, eles próprios entendidos como singularidades e efeito de múltiplas determinações. Dar ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomá-los como protagonistas e corresponsáveis neste processo obriga-nos a valorizar a dimensão humana intrínseca a toda prática de saúde.

Eis o tema da humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde.

Dessa forma, a saúde coletiva e suas produções passam a ser uma importante abertura e inspiração para a reconstrução do sistema público de saúde. Saúde coletiva, saúde pública: o coletivo, aqui, diz respeito à ação de um sujeito plural que compõe a paisagem existencial da cidade e que se organiza como dimensão pública do cuidado e da gestão dos processos de trabalho em saúde. É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO MODO DE FAZER MUDANÇAS NA SAÚDE QUE APOSTA NA PRODUÇÃO DO COMUM

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão³.

Nesse sentido, as principais prioridades nas quais a PNH tem investido são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.);
- Buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, corresponsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e experiên-

cias exitosas, a serem colocadas em situação de análise (fazendo e aprendendo a partir da análise de experiências).

A PNH se propõe a um processo de criação que a um só tempo envolve dimensões éticas, estéticas e política. “Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS¹¹”. Dessa forma, a PNH, entre outros, se impõe como força de resistência ao atual projeto hegemônico de sociedade que menospreza a capacidade inventiva e autônoma dos sujeitos.

A normatização rígida dos processos de organização dos serviços de saúde, que definem as modalidades de acesso; modos de cuidar centrados na doença, na queixa, nos especialismos; modos de trabalhar que destituem a capacidade dos trabalhadores e usuários de decidir e possibilidades de participar. Tudo isso deve ser enfrentado por uma política compromissada com a produção de vida, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde.

Nesta perspectiva, a PNH aposta no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas” usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

Nesta medida, são apostas fundamentais da política de humanização o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde.

Qualificação do sistema público de saúde, dos seus efeitos como política de saúde (inclusão, acolhimento e enfrentamento de necessidades de saúde), e como espaço de criação, valorização e realização profissional são dois aspectos indissociáveis e que se influenciam mutuamente. Assim, ampliar a capacidade do sistema de saúde de produzir saúde e de se apresen-

tar como espaço de realização profissional são tarefas inseparáveis, centrais nas agendas da PNH.

A PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação. Por definição, a PNH assenta-se em três princípios:

- Transversalidade entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta na afecção e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos;
- Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde – entre a política e a clínica, entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde – que informam as práticas e conformam o campo das tecnalidades – como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro;
- Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos – aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios.

Desta concepção primeira, abre-se um conjunto de definições referentes a diretrizes, métodos, dispositivos e instrumentos da PNH, os quais produzem um modo singular de intervenção sobre as práticas, os saberes, as organizações e os processos de trabalho.

O método de intervenção da PNH é feito como um modo de fazer que não se fixa apenas nos caminhos para a obtenção de resultados, mas na construção de modos de “ir caminhando”: metas indicando formas de caminhar, que informam e definem pontos de chegada. Esta questão é central para a PNH, na medida em que se aposta em determinados modos de fazer como sua produção mais genuína, sua potência de realização: aquilo que faz pode ser desfeito, embora sempre reste o como se fez.

E qual seria, então, o método da PNH?

A inclusão, aliás, uma tríplice inclusão.

Um método inclusivo. Inclusão dos sujeitos em sua diferença; inclusão dos coletivos (dos movimentos sociais e do modo de afecção proposto pelos coletivos); e inclusão dos analisadores sociais, derivados dos efeitos da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de

trabalho, elementos de tensionamento e de perturbação do instituído.

Analísadores são, então, os elementos de força motriz para transformação, por sua capacidade de perturbação, de impor a regra, aos modos de funcionamento dos grupos e organizações, interrogações sobre sua natureza e efeitos de sua ação.

Transversalização das práticas, inseparabilidade entre a gestão e a atenção e inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores são os elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende a ação transformadora da política pública de saúde. A partir disto, quais seriam as diretrizes da PNH? A política de humanização aponta para um conjunto de diretrizes, as quais orientam, guiam, ofertam direção à ação transformadora. São elas: Acolhimento, Clínica Ampliada, Cogestão, Valorização do Trabalho e do Trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário, Ambiência e Construção da Memória do SUS que dá certo^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10}. A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais.

Dispositivos são arranjos materiais (ex. uma reforma arquitetônica, um manual de instruções), e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Abaixo, estão relacionados alguns dos principais dispositivos da PNH:

- Acolhimento com classificação de risco: recepção do usuário, desde sua chegada no serviço de saúde, com responsabilização integral por ele, priorizando-se a atenção, de acordo com o grau de sofrimento, e não pela ordem de chegada nos serviços de saúde;
- Colegiados gestores: construção de espaços coletivos em que é feita a análise dos contextos, problemas e situações e a tomada das decisões tanto no que se refere à condução da organização, quanto do cuidado. Sistemas colegiados de gestão, que incluem: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Contratos de Gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (gerência de “porta aberta”, ouvidorias, pesquisas de satisfação etc.);
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho – Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;

- Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, a partir da corresponsabilização e de uma ação sempre singular;
- Projetos de ambiência: envolvem os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, humanizada e para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Direito de Acompanhante e Visita Aberta;
- Construção de processos coletivos de Monitoramento e avaliação das atividades de humanização.

Os dispositivos da PNH, é necessário reafirmar, derivam de princípios, métodos e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. Nesta medida, sua implantação e consolidação impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que, por si só, não garantem ação transformadora. Riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída impõem a ativação de processos de vigilância pelos coletivos sobre a implementação dos dispositivos e exercício crítico do método da PNH e de seus princípios.

A discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas.

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Esta radicalidade afirma-se, mais ainda, na proposição da PNH ganhar a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições^{1,2}.

Completamos, em 2008, cinco anos de construção da Política Nacional de Humanização do SUS, o

HumanizaSUS. Nascida dentro da máquina do Estado como uma política de governo, a PNH, no entanto, sempre se quis, como uma política pública, uma política do coletivo. Fomentar o coletivo da PNH foi a direção que tomamos nestes cinco anos, buscando capilarizar os princípios, diretrizes e dispositivos da política. Éramos poucos e hoje somos muitos, mas ainda insuficientes frente ao tamanho dos desafios do SUS. Construir o HumanizaSUS como uma política pública é encarnar um modo de fazer, uma atitude de corresponsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde.

Cinco anos ainda é pouco, embora não queiramos envelhecer. O SUS exige o esforço de renovar, de nos renovar. Melhor do que envelhecer é o HumanizaSUS poder se dissolver enquanto política de Estado e de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários.

CONCLUSÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de sua afirmação, é luta, é disputa. Sua condição de política pública que afirma direitos desde uma concepção solidária, inclusiva e universal impõe a superação de desafios e contradições decorrentes dos distintos interesses que o atravessam, o que implica no fortalecimento de processos de gestão participativa.

Constituir processos de gestão democrática, todavia, não implica, de um lado, no arrefecimento dos princípios que norteiam a política pública sob o argumento de que,

embora o SUS seja uma realidade concreta, muitos são os setores que o querem como uma política focal e residual, e que deveriam, então, encontrar espaços para o exercício de seus interesses. Há uma produção genuinamente democrática que é o SUS como efeito de um processo político-social registrado na Carta Constitucional Brasileira, o qual não está em jogo, ou seja, sua base discursiva e doutrinária não está em discussão: a produção de políticas de saúde decorre deste plano, destas regras.

De outro lado, em contraposição, há certa argumentação “legalista”, não é possível reconhecer nenhuma posição ou reivindicação como ilegítima, sob o risco de se atacar a base da ação pública moderna que é a participação cidadã, o que implica na inapelável argumentação de que são os processos de concentração, de diálogo e de capacidade, de contratação de compromissos, os elementos capazes de fazer a política pública avançar.

Todavia, os conflitos e contradições que perpassam o sistema público de saúde, na perspectiva irremovível de sua qualificação, devem ser resolvidos em espaços públicos constituídos por ele próprio, mas não desprezando outros, como aqueles emergentes pela ação de movimentos sociais. O SUS, para sua qualificação, necessita implementar, com força, uma agenda política que deve conter, *pari passu*, elementos macropolíticos – que definem as “regras do jogo” e as responsabilidades sanitárias entre gestores e serviços, com ação micropolítica, de qualificação dos serviços e das práticas de saúde. A PNH é uma oferta para a qualificação do SUS nesta dupla dimensão.

2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interf – Comunic Saúd Educ* 2005b;9(17):389-94.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF); 2008a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília (DF); 2008b.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: clínica ampliada*. Brasília (DF); 2008c.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: gestão participativa e co-gestão*. Brasília (DF); 2008d.
7. Brasil Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: grupo de trabalho de humanização*. Brasília (DF); 2008e.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: visita aberta e direito à acompanhante*. Brasília (DF); 2008f.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores de saúde*. Brasília (DF); 2008g.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cartilha da PNH: Ambiência*. Brasília (DF); 2008h.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. *Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH*. Brasília (DF); 2006.
12. Canesqui AM. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: *Dilemas e desafios das ciências sociais da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1995.
13. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pósmodernidade. *Ciênc & Saúd Coletiva* 1996.
14. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúd Sociedade* 1994; 3(2):5-21.
15. Pasche DF. A Saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijuí; 2005.

REFERÊNCIAS

1. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cad Saúd Coletiva* 2005a;10(3):561-71.



A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde

Maria Elizabeth Barros de Barros^I

Regina Benevides de Barros^{II}

Não é novo o debate sobre o tema da equipe em situação de trabalho. A crítica à racionalidade administrativa apoia-se, dentre outros aspectos, na ênfase posta no trabalho individualizado, fragmentado, de gestão verticalizada, que se estabelece por meio de processos de comunicação do tipo *top-down* desenvolvidos em locais de trabalho confinados, especialmente como o da fábrica. Esse modo de trabalhar visa, sobretudo, “concentrar, distribuir no espaço, ordenar no tempo; compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares”, como nos diz Deleuze¹¹. São mecanismos de controle e de subjetivação assujeitadora que se produzem em efeitos nem sempre tão desejados, pois a docilização e disciplinarização dos corpos também infantiliza, “descomprometendo”, “desresponsabilizando”, “despotencializando” os trabalhadores.

As tentativas de padronização excessiva do processo produtivo trazem também, como efeito secundário, o constrangimento da inteligência prática do trabalhador, que é mobilizada frente a situações inéditas, imprevistas, móveis e cambiantes⁹. Assim, numa relação paradoxal, a padronização, que investe na prescrição do trabalho, não pode dispensar completamente esta inteligência, seu caráter inventivo, que a subverte e potencializa a engenhosidade do trabalhador.

A avaliação de que os efeitos do controle excessivo poderiam ser corrigidos indica a necessidade de alterações nos arranjos organizacionais. O grupo, a equipe, o time passam a ser estratégias que buscam, então, mudar o rumo dos modos de organização do processo de trabalho. Faz-se equipe para, novamente, recolher, captar aquilo que se mantém como imprescindível no trabalhar.

Frente à aceleração de uma sociedade de consumo e de grande descartabilidade, nada mais vendável do que rápidas receitas de “como fazer para que as pessoas sejam cooperativas, como vencer o receio dos primeiros contatos ou como fazer sua equipe mais competitiva”.

Isto, certamente, altera sensivelmente o modo como as subjetividades passam a ser alcançadas e produzidas. Nas empresas modernas (não mais as fábricas), o foco privilegiado não é mais o vigiar indivíduos, mas o estímulo à competição com aumento da produtividade. Maior eficiência e menor custo. Trabalho em equipe e não mais individual.

O paradigma técnico-burocrático de gestão dos processos de trabalho, mostra sua insuficiência frente ao que, em que se pesem os mecanismos de controle, sempre escapava – o saber do trabalhador e a potência do que, no trabalho, é experiência coletiva. Em meio a insistentes fragmentações operadas pelo modo de gerir sobre um suposto trabalho estático, individualizado, estável e controlável, o trabalho se move, se faz coletivamente, muda ao durar e se reinventa pelos encontros que o constituem. O trabalho apresenta-se como coengendramento – entre os trabalhadores e com o processo de produzir.

TRABALHO COENGENDRADO

É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto, não prescrito, portanto.

Nas situações de trabalho, os trabalhadores ocupam sempre uma posição singular já que ali ele se de-

^IMaria Elizabeth Barros de Barros (betebarros@uol.com.br) é professora do Departamento de Psicologia, do Programa de pós-graduação de Psicologia Institucional e do Programa de pós-graduação em Educação da UFES.

^{II}Regina Benevides de Barros é psicóloga e professora do Programa de pós-graduação de Psicologia da UFF.

para com o esperado a cumprir, mas também com o que falha, com o que no trabalhar, gagueja. É frente aos impasses, interrogações impostas pelo que sempre escapa, que o trabalhador será mobilizado pelo que experimenta como dele e não dele ao mesmo tempo. A experiência do trabalhar mostra-se, então, em sua dupla face –, singular e coletiva, indissociável e inseparável –, de um pensar, decidir, fazer e avaliar.

É porque o trabalhador se depara com esta inseparabilidade que ele é exigido a agir. O conceito de atividade indica menos um “apenas executar as tarefas prescritas”, um “mexer-se de qualquer maneira”, e mais um entrar em contato com o que do plano coletivo do trabalhar lhe ultrapassa, o que exige nova forma, o que exige criação. O trabalho pela via da atividade é trabalho-criação porque o repertório existente não é suficiente para responder ao movimento da vida. Ficar limitado às regras prontas é invivível¹⁶.

Podemos falar, então, seguindo Leplat¹³ que “(...) uma situação de trabalho pode ser considerada como um sistema tarefa-sujeito. Analisar essa situação será analisar esse sistema, seu funcionamento e a relação existente entre os seus âmbitos. A atividade é a expressão dessa interação”.

A análise da atividade abre outro campo de possibilidades, marcado pela inclusão da variabilidade das condições de trabalho, pela produção de criação que ultrapassa formas dadas e pela gestão desta variabilidade. Tal situação de trabalho faz emergir uma inteligência que fará esta gestão.

Novamente aqui, esta inteligência é, ao mesmo tempo, singular e coletiva. Ela é expressão em um trabalhador do que ele experimenta na gestão da atividade que lhe ultrapassa, sendo ela mesma coletiva. Só é possível criar novas regras no trabalho quando se está numa experiência com o outro, melhor dizendo, quando no encontro com o outro, experimenta-se o diferir, a alteração.

Como nos dizem Carvalho e Barros⁶ “eles só podem fazer isto, a partir (...) da cooperação, solidariedade, da costura, da confiança. A palavra confiança, que está em questão, significa “fiar” juntos. Estar com (outro) para fiar juntos”.

FORMAÇÃO EM SITUAÇÃO DE TRABALHO OU A SITUAÇÃO DA FORMAÇÃO NO TRABALHO

É nesta direção, a do fazer com o outro, ao lado do outro, que pensamos a formação. Mais ainda há, para nós, uma inseparabilidade entre o trabalho em situação e os processos de formação em situação de trabalho.

Pensar a formação em situação, no nosso caso, nas unidades de saúde, tem o sentido de instaurar um novo campo problemático. Afirmam Barros³ e Clot⁸, que a formação precisa contemplar os aspectos das complexas redes e práticas tecidas e compartilhadas nas situações de trabalho. Isto significa não apenas lidar com as regras instituídas, mas também com a capacidade de inventar normas de funcionamento coletivo envolvendo as atividades suspensas, contrariadas e impedidas. “Pensar a formação neste âmbito é ter que criar estratégias que possam colocar coletivamente, em cena, os territórios existenciais, o cotidiano no trabalho, as diferentes relações que estabelecem e as novas informações”, segundo Benevides de Barros².

A formação se dá como intervenções formadoras, isto é, todo o processo de formação é, desde sempre, situado, contingenciado pelas condições e meios do processo de trabalho, condições e meios do trabalhador viver no trabalho. Formar, portanto, equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho.

Uma proposta de formação que não leve em conta as especificidades dos saberes e configurações locais em seu entrecruzamento, estará fadada ao insucesso, pois nada transformará. Formação é assim transformação.

Se, como dissemos, a análise da atividade situada nos remete ao que os trabalhadores constroem/inventam no processo produtivo, como resistência ao que está prescrito nas planilhas da gerência, a formação em situação implica também resistência como criação. Tomamos, então, da resistência seu duplo sentido. Resistência a quê? Ao que no curso impede o (per)curso, à formatação que sobrecodifica modos de experimentar o trabalho. Resistência que se interpõe ao processo do trabalhar. Por outro lado, resistência que se afirma no processo, investindo no caminho coletivo do inventar.

Não queremos dizer com isso que estamos dispensando as prescrições. Isto seria impossível e indesejado. O prescrito diz também da história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção.

O que queremos destacar, é que a formação não deve se restringir a uma repetição atemporal e fora das condições concretas do trabalho. Diferentemente, ela é processo de coengendramento de trabalhadores e mundos do trabalho. Lembremos: viver no prescrito é invivível, os humanos nunca se limitam à mera execução, o que quer dizer que se trabalha com o que está disponível, catalogado, mas, principalmente, com o que vai se transformando no processo de trabalhar. Da mes-

ma maneira, não há predeterminações absolutas dos processos formativos. Eles vão se engendrando, principalmente, nas relações com o outro nas situações de trabalho. É no fiar junto que as formas de ser trabalhador e os mundos do trabalho vão se constituindo.

A realidade vivida nos locais de trabalho coloca problemas que forçam a pensar outros jeitos de operar: um jeito de ser enfermeira, fisioterapeuta, médico, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, constitui-se, principalmente, no agir em situação. Não se sabe de antemão e completamente o que é ser um profissional da saúde. Propor a formação em situação é pensá-la a partir de um plano de imanência, plano que “não precede o que vem povoá-lo, mas é constituído e remanejado na experiência”, diz Zourabichvili⁴⁹. Plano que diz, portanto, do curso da atividade, da experiência concreta dos trabalhadores. A análise da experiência da formação, a partir desse plano coletivo é, portanto, sempre singular e indissociável do processo de produção.

Essa forma de colocar a questão desloca-nos dos currículos prescritos e nos lança no campo de experiências efetivadas no espaço-tempo dos ambientes de trabalho. É no mergulho na complexidade dos processos produzidos no dia-a-dia das práticas em saúde, no que se passa em situação, que podemos conhecer o modo como operam os processos formativos.

Formação em situação não deve ser reduzida à reconhecimento e ao reconhecimento de representações disponíveis. É nos encontros engendrados no cotidiano, na criação de zonas de confiança, que somos forçados a pensar. Esse processo não se efetiva tão somente no plano intelectual-racional. Como nos diz Deleuze¹⁰ “aquilo que só pode ser sentido sensibiliza a alma, torna-a perplexa, isto é, força-nos a colocar um problema, como se o objeto do encontro, o signo, fosse portador de problema – como se ele suscitasse problema”.

A formação em situação, tal como o trabalho situado, convoca-nos a habitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam. Plano, insistimos, coletivo.

Esta é a direção que apostamos - aquela em que a formação do/no trabalho em saúde é potência de formar, potência dos/nos encontros que constroem equipes, potência do coletivo.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) tem sido uma das maneiras pelas quais temos experimentado a indissociabilidade entre o formar e o trabalhar⁴. O Programa se constitui como um instrumento de pesquisa-formação interventora que se dá

em rede e articula formação e pesquisa. Ele parte do princípio de que formar trabalhadores não se reduz a instrumentalizá-los com novas tecnologias, mas, principalmente, investir na produção de outros modos de subjetivação que se efetivam no curso dos processos de trabalho. O PFST não é algo estanque, pontual, limitando-se a um momento de transmissão de conhecimentos. Diferentemente, trata-se de um processo contínuo de diálogo, que envolve o confronto crítico entre as disciplinas científicas e a experiência prática dos trabalhadores em situação. O Programa aciona o coletivo no trabalho como aspecto principal, não somente para a produção de conhecimentos, mas também, para criar outras formas de ação. O PFST é concebido como uma estratégia para transformar-compreender as relações nos ambientes laborais baseado no diálogo-confrontação entre regimes de conhecimento: o das disciplinas científicas e o da experiência dos trabalhadores. O diálogo crítico é o motor do processo de formação. Crítico em seu duplo sentido. Crítico porque produz crise no que cada um destes regimes de conhecimento porta de modos de ver, de dizer e de estabelecer relações entre o ver e o dizer, e crítico porque faz a crítica do que nestes regimes de conhecimento, está por demais instituído. Essa relação dialógica está pautada, portanto, numa postura de “desconforto intelectual”¹⁵, que diz de uma disposição de conviver com o outro aprendendo sobre o que ele faz, como faz, porque faz, conhecendo seus valores e suas possíveis renormatizações.

A esta rede de encontros¹ nomeiam Comunidades Ampliadas de Pesquisa (CAP), e que estão aliançadas com uma direção de formação que afirma a importância de se produzir saberes com os humanos e não sobre eles, ampliando a capacidade de escuta e a de reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes.

O SUS, O PARADIGMA DA COGESTÃO E O TRABALHO EM EQUIPE

As diretrizes do SUS – universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade da distribuição dos recursos –, voltadas para o cuidado com o usuário precisam mostrar sua outra face, a da gestão dos processos de trabalho. É aqui que o tema da equipe pode ganhar outro sentido.

Ceccim⁷ indica a relação inequívoca entre processo de trabalho e mudança do vetor de organização das práticas em saúde “A construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um

trabalho com interação social entre os trabalhadores com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo”.

Outro paradigma se anuncia pela aposta na gestão que inclui agora a variabilidade. Em tal paradigma – o da cogestão⁵ –, a atenção ao usuário não se separa do processo que produz esta mesma atenção, afirmando-se a indissociabilidade entre formação e trabalho em situação.

A gestão não é mais relacionada apenas a um cargo ou a um lugar (o lugar do gestor/diretor/coordenador), mas ao processo mesmo de pensar/decidir/executar/avaliar o trabalho que é prerrogativa de qualquer trabalhador. O trabalho toma a dimensão de atividade e o que passa a ser importante é a atividade de gestão da atividade. A gestão é conhecimento técnico, mas também inter(ação) de regimes do conhecer, onde o *inter*, o entre vem, paradoxalmente, primeiro indicando um plano do coletivo, um trabalhar-coletivo que antecede os trabalhadores. Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer cogерir, pois se trata de coengendramento do processo de trabalhar (no nosso caso, produzir saúde) e de subjetivar (produção de trabalhadores).

A integralidade ganha outro viés porque não apenas está voltada para o usuário, mas como condição do trabalhar. Integralidade-integração no processo de trabalho, entre os trabalhadores, onde a atenção não pode mais ser entendida como usuário-centrada, mas centrada na rede de atenção onde está o trabalhador, mas também o usuário, mas também sua família, mas também a comunidade, mas também... A universalidade indica não apenas acesso aos serviços pelos usuários, mas condição de possibilidade para o trabalhar, participação nos processos de planejamento e decisão, criação de dispositivos para co-gerir, criar no trabalho. A equidade se fará no diálogo/debate/disputas/conflitos de necessidades, desejos, interesses presentes no campo do trabalho⁵.

Diferentemente do sistema comunicacional *top-down*, típico do paradigma técnico-burocrático, a comunicação se dá em rede, sistema de múltiplas conexões, em várias direções, aliançados na inseparabilidade entre as dimensões do trabalhar aumentando a capacidade de criar e transformar - mais autonomia em cada processo de trabalho e, entre os trabalhadores, aumento das instâncias negociantes.

Sujeitos em equipe alteram o rumo reversível (e não irreversível como antes apontado) de seu isolamento, de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e quebra das alianças coletivas.

Sujeitos com maior autonomia, corresponsáveis, comprometidos, porque expressão de um coletivo do trabalhar que neles se atualiza.

Trata-se, portanto, de considerar a equipe como estratégia privilegiada para a constituição desse outro paradigma que estamos anunciando.

Retomemos nossa questão: A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde, a potência da equipe em situação de trabalho.

Afirmamos anteriormente que formar equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho e que a análise da experiência da formação, a partir desse plano coletivo, é sempre singular e indissociável do processo de produção.

Mas, a qual noção de coletivo estamos nos referindo? No campo da saúde ela aparece de maneiras bastante diversas. Escapa, ao escopo deste trabalho, mapear e discutir tais sentidos. O que, principalmente, nos interessa é indicar aquele que tem orientado nossas intervenções.

Com Escócia, diríamos que um plano coletivo “vem de outra parte, que não se inscreve na relação de oposição, mas que é capaz de, ao cruzá-la, produzir perturbações, problematizar e atrapalhar a lógica dicotômica”¹². O coletivo é plano de coengendramento de indivíduos e de mundos, de modos de trabalhar e se formar no trabalho, de modos de subjetivação e de gestão do trabalho.

É na dimensão concreta das práticas que este coletivo se configura também, como plano ético-político, desdobrando-se numa construção em rede. A partir das práticas concretas, constitui-se um mundo comum, o do trabalhar em equipe, que se realiza num processo de composição não sendo, pois, o trabalho tomado como uma realidade definida *a priori*. O coletivo como plano e não como reunião de indivíduos, ou mesmo de categorias, indica uma política do coletivo que se afirma como funcionamento em rede, necessariamente, dialógico. Seguindo Simondon¹⁷, diríamos que: “A realidade ética está estruturada em rede, isto é, há uma ressonância dos atos, uns com relação aos outros (...) no sistema que eles formam e que é o devir do ser”.

É a reticularidade, o funcionar em rede, que nos permite escapar ao que está cristalizado nos mundos do trabalho, dificultando ou tentando restringir os processos de criação, a inteligência prática. O trabalhar em equipe - equipe como expressão deste coletivo-rede, é o que permite passar de uma dimensão estritamente prescritiva dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir-potência da equipe em situação de trabalho. A ética do trabalho em equipe, trabalho-expressão do plano do

coletivo, reside nos valores, que são o pré-individual das normas. A questão do coletivo ao ser tratada, a partir de uma lógica não substancialista, afirma essa potência das conexões, do encontrar ou reencontrar um máximo de conexões, segundo Deleuze¹¹.

A concepção de potência aparece, então, como “força cuja intensidade pode aumentar ou diminuir¹⁸”. A pergunta então se dirige para o que pode uma equipe, qual sua potência?

São as conexões, os encontros, os modos de trabalhar compartilhados, a invenção, o trabalho real que

indica esta potência do coletivo, nem fusional nem totalizado, mas um coletivo transindividual. Essa potência do coletivo expressa no trabalhar em equipe, será aumentada ou diminuída, ampliada ou estrangida dependendo da maneira como se dão as relações entre os trabalhadores, de como se opera a relação produção de saúde-produção de subjetividade. Os processos de cooperação e cogestão nos ambientes de trabalho, os processos formativos indissociados do trabalhar coletivo, a análise do trabalho situado, são, a nosso ver, modos de acionar esta potência do coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Athayde M, Brito J, Neves M, organizadores. Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas. João Pessoa: Universitária/UFPb 2003.
2. Benevides de Barros R. Grupo: estratégia na formação. In: Athayde M, Brito J, Neves M, Barros ME B, organizadores. *Trabalhar na escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB-Cuca; 2001: 71-88.
3. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Roseni P, Ceccim R, Mattos R, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO; 2006.
4. Barros ME B, Santos-Filho SB. A base político-metodológica em que assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: Barros MEB, Santos-Filho SB, organizadores. *Trabalhador da saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*; 2007.
5. Campos GW. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituição. O método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
6. Carvalho R, Barros E. Desafios contemporâneos e promoção da saúde: trabalhadores da saúde. Castro & Mallo, organizadores. *SUS: resignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006: 171-186.
7. Ceccim R. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”, Desafios para a educação. In: Roseni Pinheiro R, Mattos R de, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005: 161-180.
8. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis: Vozes; 2006.
9. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1997.
10. Deleuze G. Diferença e Repetição. Lisboa: Relógio d'Água; 2000.
11. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed 34; 1992.
12. Escócia L. O coletivo como co-engendramento do indivíduo e da sociedade. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
13. Leplat J, Hoc JM. Ergonomia: conceptos y métodos. Madri: Editora Comlutense; 1998. Tarea y actividad em análisis psicológico de situaciones; 164-177.
14. Schwartz Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes: trabalho e educação. *Rev NETE* 2000; 7 jul/dez: 38-46.
15. Schwartz Y. Disciplina Epistêmica, Disciplina Ergológica: Paidéia e Politéia. *Rev Pro-Posições*. 2002 1(37):75-98.
16. Schwartz Y. A abordagem ergológica do trabalho e sua contribuição para a pesquisa em administração. In: *Seminário Internacional de Administração 2003*; Vitória, BR. Vitória: UFES; 2003.
17. Simondon G. L'individu et sa genèse psycobiologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1964.
18. Spinoza B. Ética. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
19. Zourabichvili F. O Vocabulário de Deleuze. Telles A, tradutor. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2004. (Conexões; 24): 54-76

Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo (SP)

Amanda de Ornelas Carvalho'
Cacilda Geraldo dos Santos Oliveira''

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os serviços de emergência passaram a representar importante porta de entrada ao sistema de saúde. Há, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de saúde que atuam neste segmento, causando pressões, muitas vezes, insuportáveis sobre estruturas e profissionais, sendo a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde¹.

Isto decorre de muitos fatores, inclusive da mudança no perfil da morbimortalidade da população brasileira e da ineficácia do sistema de saúde. Na observação da demanda, percebe-se que várias características da sociedade moderna vêm alterando o fluxo na procura dos serviços de saúde, dentre elas, a mudança na demografia e no perfil da sociedade de consumo e o amplo acesso à informação, além da prevalência de condições crônicas e o envelhecimento da população, que tem gerado uma reorganização do modo de atuar dos sistemas de saúde modernos¹⁰.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do pronto-socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência, de acordo com diferentes graus de necessidades, e não mais de maneira impessoal, e por ordem de chegada⁶.

A estratégia para o enfrentamento deste problema é a determinação de uma linguagem que permeie todo o processo de trabalho envolvido no atendimento. As experiências mundiais vêm mostrando que essa estra-

tégia, a “classificação de risco”, é um poderoso articulador em uma rede de serviços de urgência⁴.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde⁵.

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, e que pressupõe a mudança das relações profissional-usuário-rede social e profissional-profissional, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde².

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo, às vezes, até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado⁶.

O AACR foi proposto para emergências e pronto-socorros como estratégia da PNH, com vistas, especialmente, ao enfrentamento de problemas como o grande fluxo de atendimentos, que gera sobrecarga de trabalho e que demanda uma reorganização do processo de trabalho de forma a atender ao usuário do serviço de

¹Amanda de Ornelas Carvalho (amandatuca@hotmail.com) é enfermeira, tem MBA em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde. É especialista em Emergência e é enfermeira-chefe do Pronto-Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE).

¹⁰Cacilda Geraldo dos Santos Oliveira (cacilda.fia@hotmail.com) é enfermeira, especialista em Terapia Intensiva e Administração Hospitalar. É assistente da Diretoria do Pronto-Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE).

acordo com os diferentes graus de sofrimento, ou necessidade, e não mais por ordem de chegada⁹.

Desta maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. Estes dois procedimentos associados, acolhimento e avaliação/classificação de risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho⁶.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco tem como objetivos: avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento; descongestionar o serviço; reduzir o tempo para o atendimento médico; determinar a área do atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado diretamente à especialidade necessária; informar o tempo de espera e retornar informações aos familiares⁶.

No âmbito das Emergências, o AACR engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso, sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, criando interação entre profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando a resposta satisfatória, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria⁴.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato. De acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, alguns pré-requisitos são necessários para sua implantação⁵:

- 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 áreas de atendimento que devem ser pensadas também

por nível de complexidade: área vermelha, área amarela, área verde, área azul.

O processo de acolhimento e classificação de risco se iniciará com a chegada do usuário que, ao procurar o pronto-socorro, deverá direcionar-se à central de acolhimento, que terá como objetivos⁶:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a classificação de risco pelo enfermeiro.

Após o atendimento e o acolhimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem, onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados⁶:

- Situação/queixa/duração/intensidade, breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas), uso de medicações, verificação de sinais vitais, verificação da glicemia e oximetria de pulso, exame físico sumário (buscando sinais objetivos), eletrocardiograma (se necessário).

Após essa coleta de informações e mediante aplicação de um “protocolo de classificação” elaborado e/ou adaptado, previamente validado e/ou autorizado pela instituição, e da identificação adequada da ficha de atendimento, a classificação de risco poderá ocorrer nos seguintes níveis, por exemplo⁶:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

IMPLANTAÇÃO DO AACR

- 1. Encontros para sensibilização** com a presença dos gestores, gerentes, chefes, e demais colaboradores da equipe interdisciplinar, para apresentar a temá-

tica do projeto, objetivando um maior e melhor envolvimento e adesão dos mesmos e integração do grupo: Foram desenvolvidos sete encontros com a equipe de enfermagem e colaboradores diretamente relacionados com o projeto. Além disso, foram feitas reuniões com a equipe médica do pronto socorro, com os diretores médicos de outros serviços, e com os serviços de apoio (radiologia, laboratório, segurança, atendimento ao cliente, engenharia, educação continuada, serviço social, internação e agendamento, informática, conservação e reparos, comunicação institucional, nutrição, higienização e limpeza).

2. Oficinas para implementação direcionada para os colaboradores diretamente envolvidos com a atenção de urgências e emergências, envolvendo assuntos do cotidiano profissional e institucional: Foram realizados quatro encontros com a equipe de enfermagem e colaboradores, juntamente com a presença dos consultores do ministério da saúde.

3. Apoio institucional. Nesta etapa estão inseridos o levantamento e diagnóstico de problemas e adequações que precisaram ser feitas, além das solicitações de materiais, mobiliários, equipamentos, reforma da planta física, incremento dos recursos humanos, comunicação institucional, adequação de rotinas e fluxos de atendimento:

3. 1. Aquisição de materiais e equipamentos: computador e impressora para os consultórios da classificação, desfibrilador bifásico para sala de emergência, aspirador portátil, fluxômetros, ressuscitador manual, laringoscópio, aparelho de aferição de pressão arterial não invasiva, termômetro digital, oxímetro de pulso, aparelho de eletrocardiograma, dispensador de senha, *display* eletrônico, longarinas, faixas demarcadoras de piso, etiquetas adesivas, coloridas, televisões para as salas de espera, bebedouros, mobiliário, campanha, *webcam* (para abertura da ficha de atendimento com foto), caixas organizadoras de escritório;

3. 2. Reforma da planta física: pintura e troca de forro de toda a extensão do pronto-socorro, troca de luminárias, ampliação e adequação da sala de medicação, sala de emergência e farmácia, impermeabilização do teto e das rampas de acesso, revisão das portas de entrada, troca das divisórias dos consultórios, aplicação de faixas demarcadoras de piso coloridas, alteração na distribuição dos consultórios;

4. Capacitação técnica de todos os colaboradores direta ou indiretamente envolvidos, através de cursos, treinamentos e aprimoramento profissional: Foram ministrados 19 cursos direta e/ou indiretamente relacionados ao projeto. Neste treinamento tivemos a participação de 308 colaboradores.

5. Informação/orientação da clientela atendida: Foi realizada a demarcação do piso com faixas coloridas, além do material de divulgação com dois banners explicativos, diversas placas de aviso, 50.000 folders, e veiculação das informações através do site e jornal institucional, a fim de informar e orientar nossos clientes sobre as alterações na prestação de serviços.

6. Alteração/adaptação dos fluxos e áreas de atendimentos:

6. 1. Agente acolhedor: foi instituída uma equipe de acolhedores com um auxiliar de enfermagem, que recebe o paciente desde sua chegada na porta do pronto-socorro, e um orientador que circula por toda área de atendimento aos clientes não internados, fornecendo informações e/ou dando orientações aos clientes, usuários e acompanhantes.

6. 2. Abertura de fichas: o *layout* das fichas de atendimento foi alterado para adaptação às necessidades do protocolo. Após a abordagem inicial pelo agente acolhedor na porta do serviço, o usuário é orientado a retirar a senha no dispensador, de acordo com as legislações vigentes de priorização (idosos, portadores de necessidades especiais etc.), e aguardar na sala de espera o chamado eletrônico através do *display*. A ficha de atendimento é direcionada automaticamente para o consultório da classificação.

6.3. Classificação de risco: o cliente é submetido a uma consulta de enfermagem com a aplicação do protocolo específico para esta finalidade. A partir da classificação, o paciente é direcionado às respectivas áreas de atendimento, conforme a gravidade de sua queixa. A ficha é distribuída eletronicamente para todos os consultórios médicos de acordo com a classificação recebida. Após ser consultado pelo médico, o cliente pode ser encaminhado às diversas de atendimento (medicação, coleta, procedimentos etc.), que também obedecem à classificação inicial recebida.

7. Adoção/elaboração/adaptação de protocolo para classificação de risco a ser aprovado e valida-

do pela instituição: Vários protocolos de classificação de risco foram utilizados para a adaptação de uma versão estratificada por queixa, individualizada para as nossas necessidades e características de atendimento^{7,8}.

DISCUSSÃO

Através das oficinas para implantação e dos encontros para sensibilização, pôde-se perceber mudanças na postura das equipes, que passaram a trabalhar de maneira mais coesa e com mais autonomia. Pôde-se perceber também o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. O acolhimento toma forma como uma estratégia para reorganizar a assistência, mexer no cotidiano das unidades de saúde, rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde.

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas.

No tocante ao apoio institucional dado através da aquisição de materiais e equipamentos, além da reforma da área física, melhoram indiscutivelmente as condições de trabalho, além do fato de a ambiência, que é proposta pelo projeto, possibilitar a construção de novos espaços, a partir de uma base teórica e metodológica que, ao mesmo tempo em que se discute ambiência, também se promovam reflexões sobre as práticas e os processos de trabalho realizados neste espaço físico.

O acolhimento pressupõe a criação de espaços, que proporcionem a interação entre os usuários e trabalhadores. Nesse sentido, é importante que ao criar essas ambiências se conheçam e respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade que se está atuando. Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ainda dentro dessa temática, podemos perceber que a caracterização do espaço por cores é uma ferramenta eficiente para a clareza e facilidade de entendimento dos clientes, devendo contemplar o máximo possível de sinalização e placas de informação, além das preocupações com acessibilidade, para que não se

exclua nenhuma parcela da população, utilizando-se de linguagem clara e representativa, e identificando os espaços e suas funções.

Com relação à capacitação técnica, e diante da heterogeneidade na formação dos colaboradores, percebeu-se a necessidade de treinamento focado nas necessidades de cada equipe, a fim de instruí-las na reorganização desses processos de trabalho.

Na medida em que a aprendizagem no trabalho mobiliza e convida à ação, destaca-se a importância do comprometimento institucional com a mudança na direção da humanização, expressa pela garantia de participação de todos os colaboradores envolvidos e por um processo permanente de aprendizagem significativa.

Um dos maiores resultados advindos desta experiência, certamente, fica por conta da elaboração do protocolo de classificação de risco que foi adaptado à realidade do serviço em questão, e estratificado por queixa.

O protocolo ou norma de orientação clínica é um instrumento para auxiliar a decisão clínica em circunstâncias específicas. O protocolo é um guia que deve ser utilizado em circunstâncias bem especificadas, com objetivos bem definidos. O público a quem se destina deve ser claramente descrito, assim como seus utilizadores. Um protocolo de classificação de risco na urgência é um instrumento que sistematiza a avaliação de risco feita pela enfermagem³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica de trabalho dos serviços de emergência nos distancia de discussões acerca da prática profissional, da empatia com nossos clientes e de reflexões sobre humanização. Muitas vezes, criamos mecanismos de defesa para aprender a lidar com situações limítrofes da vida e da morte.

Nesta perspectiva destaca-se a contribuição que este estudo trouxe, colaborando para o entendimento do desafio de implementar mudanças organizacionais, especialmente por se tratar de uma proposta que inclui os enfermeiros como protagonistas deste processo.

A importância não é somente pelo que é produzido cientificamente, mas pelo efeito que produz na forma de pensar e ver as coisas, pela oportunidade de rever os problemas e as soluções de modo coletivo. Esta e outras iniciativas e estratégias, e todas as benfeitorias advindas deste processo de implantação, são apropriadas para a valorização do usuário e trabalhadores de saúde.

Também a prática educativa realizada no decorrer desta investigação, e a maior proximidade com assuntos relativos a todo esse processo (caracterização da

clientela, estatísticas de atendimento etc.) contribuíram para sedimentar os conhecimentos necessários para a realização da ACCR, além de instrumentalizar também outros processos gerenciais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Clóvis, diretor do Pronto-Socorro, que sempre acreditou e valorizou nosso trabalho. À diretoria do hospital e de enfermagem pelo apoio institucional. Aos enfermeiros do Pronto-Socorro, protagonistas deste desafio. A todos os membros da equipe de enfermagem. E aos consultores do Ministério da Saúde: Dra. Clara, Dra. Cleuza e Dr. Joaquim, por nos ajudar a viabilizar esse sonho e enriquecer esta experiência.

2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF); 2009;(2)44 (Série B. Textos básicos de Saúde).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2009;(4)72 (Série B. Textos básicos de saúde).
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF); 2009.
6. 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. Brasília (DF); 2004. (Serie B. Textos básicos de Saúde).
7. Protocolo de acolhimento com classificação de risco do pronto socorro do hospital municipal Dr Mario Gatti. Campinas; 2001.
8. Protocolo de acolhimento com classificação de risco do pronto socorro do hospital municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte; 2006.
9. Shiroma LMB. Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS: um desafio para enfermeiros/as [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
10. World Health Organization, Health Equity Team, Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. [acesso em 28 out 2009]. Disponível em: <http://www.paho.org/English /CSDH>.
11. Zoboli E, Fracolli L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. O Mundo da Saúde. 2006; 30(2): 312-317.

REFERÊNCIAS

1. Mafra AA, Marques AJS, Mendes EV, Carvalho LL, Cordeiro Junior W. A mudança na gestão das urgências a partir da Classificação de Risco. In: Marques A JL. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009: 81-111.

Coletivo de Gestão: um espaço a ser inventado

Angela Raquel de Oliveira Schiavo^I

Cristiane Ribeiro^{II}

Mônica Vilchez da Silva^{III}

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que propõe a participação de diversos atores na condução de processos de gestão, porém constatamos a insuficiência de espaços coletivos de discussão e pactuação para este fim. Por vezes, quando instituídos, reforçam o modelo gerencial hegemônico. O Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), tentando romper com a lógica vigente, criou o Coletivo de Gestão, espaço aberto a todos os trabalhadores de saúde que compartilham das ideias e desejos dos processos de cogestão, diretriz da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Cogestão, humanização, processo de trabalho

^IAngela Raquel de Oliveira Schiavon (angelaschiavon@terra.com.br) é assistente social e diretora do Núcleo de Qualificação e Humanização do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS do Departamento Regional de Saúde de Araraquara da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP).

^{II}Cristiane Ribeiro (crispessalacia@hotmail.com) é fonoaudióloga e pedagoga. É diretora do Núcleo de Educação Permanente do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS do Departamento Regional de Saúde de Araraquara da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP).

^{III}Mônica Vilchez da Silva (monicavs.sus@gmail.com) é fonoaudióloga e diretora do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS do Departamento Regional de Saúde de Araraquara da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP).

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem definido em sua lei de criação, a diretriz da descentralização, estratégia organizativa que estabelece responsabilidades concernentes à gestão do sistema para diferentes esferas, com o objetivo de promover a participação cooperativa dos gestores na organização da rede de atenção à saúde. Organizar a rede de forma descentralizada pressupõe construir sistemas horizontais nos quais poder e saber/informação sobre os processos de trabalho desenvolvidos não são impostos e sim construídos por aqueles que fazem parte da rede.

Apesar de todos os avanços propostos pelo SUS, muitas instituições ainda trabalham na contramão da história, fazendo gestão centralizada e hierarquizada, reforçando dominação e competição. Reconhecemos que os modelos de gestão centralizados e verticais desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada por um coletivo organizado e desejoso em transformar o cotidiano das práticas de atenção e gestão desenvolvidas em todas as instâncias do SUS, estabelece princípios, diretrizes e modos de operar que objetivam efetivar os princípios do SUS. Os valores que norteiam a PNH são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva em espaços coletivos que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente².

A cogestão, que traz novas funções à gestão, propõe analisar a instituição partindo das experiências vividas por seus trabalhadores, produzindo analisadores sociais - efeitos da ação político institucional, que trazem em si a perturbação para provocar mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional².

Nessa direção, as ações de cogestão são vistas como movimentos que englobam o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações que levam a realização de uma determinada tarefa. Devemos incluir todos os atores, para que juntos pensem em como operam os processos de trabalho e suas vidas na instituição em que estão inseridos.

Estas ideias foram estimuladoras para a implantação do Coletivo de Gestão no Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) instituição de natureza pública, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), cuja proposta gerou a possibilidade de construção, desconstrução e reconstrução permanente de significados relativos à produção do trabalho individual e coletivo de cada Centro e Núcleo que compõe este Departamento de Saúde.

PARA QUÊ O COLETIVO DE GESTÃO?

O DRS III - Araraquara apresentava uma estrutura rígida e verticalizada, trazendo consigo a cultura das hierarquias, da falta de comunicação entre os técnicos, e da fragmentação dos processos de trabalho. As equipes técnica e administrativa se antagonizavam, sempre com desvalorização da última, gerando competição e distanciamento. Ao mesmo tempo, a equipe técnica convivia com divergências que vão desde a condução dos processos de trabalho e divisão das tarefas, até resistências a convocação de novas atitudes, desenvolvendo seus trabalhos, muitas vezes, de forma burocrática e desarticulada.

A partir da reorganização das Direções Regionais de Saúde (DIRs) para Departamento Regional de Saúde (DRS), ocorreram alterações significativas na estrutura da instituição, que passou a contar com novos Centros e Núcleos, que desenvolvem ações técnicas específicas relacionadas ao seu objeto de trabalho.

A mudança de estrutura e as novas políticas do SUS trouxeram novas atribuições e novos papéis aos trabalhadores, apontando para a necessidade de que os mesmos compreendessem a nova lógica instalada, e a importância de interlocução entre todos os Centros e Núcleos para a integralidade do trabalho, cabendo a este Departamento contribuir para a produção de vida e cuidado da população das respectivas regiões, apoiando, articulando, organizando, avaliando, monitorando e viabilizando o Sistema de Saúde locorregional; atendendo as necessidades e demandas dos municípios que compõem as Regiões de Saúde, da própria Regional e da SES-SP. Consideramos então, que seriam necessárias mudanças significativas nos processos de trabalho das equipes da Regional.

Nesse contexto, o Coletivo de Gestão foi proposto para gerar impacto, enfrentamentos e mudanças, com a proposta de institucionalizar espaços coletivos de conversa, necessidade sentida pelos vieses que as informações circulam na instituição, como também, uma rede de conversação e trabalho a partir da interface dos Centros e Núcleos do Departamento, favorecendo a participação

e comprometimento dos trabalhadores, para analisar a instituição, formular projetos, tomar decisões, aprender e ensinar, valorizando o protagonismo dos envolvidos.

O Coletivo de Gestão é um espaço inventado para fortalecer, aperfeiçoar e democratizar a Gestão Estadual. Os trabalhadores experimentam a cogestão na direção das mudanças desejadas para transpor desafios do dia a dia do trabalho, a partir da ferramenta de análise dos processos de trabalho, levando em conta que os sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. A criação de um espaço como o Coletivo de Gestão, tem o objetivo de oxigenar canais obstruídos, fazer pulsar vida na instituição e colocar os trabalhadores em conversa.

O coletivo fomenta a grupalidade, o trabalho em equipe e a corresponsabilização. A proposta é implicar todos os atores na construção coletiva da gestão, rompendo com a desarticulação das ações, visando assegurar a participação dos trabalhadores no processo de discussão e decisão, valorizando suas opiniões e potencializando suas motivações e desenvolvimento.

Neste espaço vivemos a horizontalidade, desprendemo-nos das hierarquias e consideramos fundamental ouvir e aprender com o outro, valorizando saberes comuns que se tornam vitais para o desenvolvimento de projetos coletivos de gestão.

Assim, o Coletivo de Gestão foi concebido com a expectativa de criar um espaço que fosse se constituindo ao longo do tempo, e que ao ser experimentado, se tornasse relevante para os trabalhadores e instituição.

UM MODO DE FAZER

O Coletivo de Gestão foi iniciado com todos os riscos possíveis, visando ser um espaço de diálogo para uma gestão colegiada e transformadora, colocando os atores em operação conjunta, a partir de relatos de problemas reconhecidos pelas equipes, que no desafio de superação das dificuldades buscam soluções inovadoras para o seu dia a dia. Trata-se de uma determinação corajosa de implantar o modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva da gestão, através do pensar e fazer coletivo. Para tanto, o Coletivo de Gestão caminha no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de trabalho, construindo novos modos de agir, pensar e sentir, de forma que todos sejam corresponsáveis pela gestão. É um espaço aberto, que reforça o singular do aqui e agora de cada encontro, num horário viável, sem um regimento pré-estabelecido, sem composição definida; favorecendo abertura para conversa

entre os diferentes atores dos respectivos Centros e Núcleos, suprimindo a lacuna existente na instituição.

Utiliza-se a Metodologia da Problematização e o Método da Roda, por ser um mecanismo democrático e participativo, que produz o trabalho liberto. A proposta é trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição. Pretende o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional e de espaços de poder compartilhado: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisão⁶. O fomento e a organização de rodas é uma diretriz da cogestão².

A Metodologia da Problematização tem como proposta o aumento da capacidade dos trabalhadores em detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas; assim, os sujeitos são desafiados a fazerem perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e resolvê-las adequadamente. Portanto, mais importante é desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante; detectar todos os recursos de que se possa lançar mão; identificar os problemas; localizar as tecnologias disponíveis para utilizar melhor os recursos, ou até inventar novas tecnologias apropriadas; e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva para favorecer aprendizados e processo de mudança¹.

As ações realizadas permitiram a existência de um espaço democrático e legítimo, que possibilitou a circulação da palavra, o conhecimento e reconhecimento do trabalho desenvolvido, a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores. Por sua vez, o trabalhador que se sente excluído dos processos decisórios tem, neste espaço, a chance de se colocar.

A tarefa da gestão foi ampliada, indo além de manter a organização funcionando, pois ao lidarmos com multiplicidades e diversidades de desejos e interesses surgem conflitos e divergências, que puderam ser explicitados como anseios, inquietações, agravos, dificuldade de gerir. Um aprendizado se constitui em rodas de conversa, problematizando e refletindo sobre os processos de trabalho, podendo conversar livremente sobre diferentes temas, possibilitando a experimentação de outras realidades.

Assim, este é um espaço de discussão coletiva do trabalho, das necessidades e de compartilhamento dos problemas, gerando maior conhecimento sobre a instituição e possibilidade de maior engajamento e corresponsabilidade nas tomadas de decisões.

O Coletivo tem favorecido que os trabalhadores do DRS III Araraquara possam se encontrar e se conhecer, numa apropriação de conhecimento do que os Centros e Núcleos fazem, estimulando articulação e interface entre eles, como também, fazendo aproximação da direção do DRS, que sempre está na roda para exercitar o diálogo conjunto, dando oportunidades para esclarecimento de dúvidas, anseios e expectativas. É um lugar de liberdade e respeito, sendo um espaço protegido, onde as subjetividades estão postas e as pessoas estão em constante relação.

Nesse tempo, vivenciamos muitos momentos de tensão fundamentais para revelar posições de enfrentamento da crise. Outros foram marcantes, quando surgiram novos sujeitos e estes têm disparado movimentos nos microespaços, transformando as práticas de trabalho, intervindo e reconhecendo-se como sujeito pertencente a instituição, que faz a história do lugar. Este espaço é potente e tem revelado muitos que estavam no anonimato.

O Coletivo tem favorecido a análise da instituição sendo um espaço de formulação de projetos, de tomada

de decisão e espaço de aprendizagem, onde os trabalhadores, conjuntamente, buscam soluções para qualificar suas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a história do DRS, a invenção e manutenção deste espaço é um ganho incomparável, o qual já foi percebido em muitas oportunidades, repercutindo na instituição, de tal forma, a não ter mais volta ao que foi instituído no passado. É uma realidade, e os trabalhadores já sabem disso; muitos se reconheceram no processo, descobrindo a capacidade de condução do seu próprio trabalho, através das oportunidades e experiências de fazer a cogestão que o Coletivo proporciona.

Os movimentos disparados são inclusivos e as responsabilidades são divididas e assumidas conjuntamente, de maneira cooperativa, corresponsabilizando os trabalhadores a gerir os processos de trabalho, indo para além do espaço das reuniões formais, desencadeando o exercício de democracia institucional e de cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Bordenave JEDB. Alguns fatores pedagógicos. Grand MT, tradutor. Brasília (DF): OPAS; 1983:265.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e co-Gestão. Brasília (DF); 2009. (Textos básicos de saúde).
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2007. (Textos básicos de saúde).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Publicação em 23 de fevereiro de 2006; Seção 1:43-51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Publicação em 03 de abril de 2006; Seção 1:49-67.
6. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial Estado de São Paulo. Publicação em 29 de dezembro de 2006; Seção 1: 01-04.

Cuidando dos Cuidadores – Um programa multidisciplinar de acolhimento dos cuidadores informais no Hospital Geral de Pirajussara

*Yumi Kaneko^I, Eliane Teixeira Leite Almeida^{II}, Christian Campos^{III},
Antonio Carlos Vazquez Vazquez^{IV}, Ana Maria Silva^V, Patricia Andrea de Lima Maciel^{VI} et al.*

Resumo

O adoecimento do familiar gera uma grande angústia ao indivíduo e traz a necessidade de reorganização da dinâmica familiar, assim como a redefinição do papel desempenhado por cada componente da família. O bem estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para a reaproximação dos cuidadores com o paciente. Com o objetivo de humanizar o atendimento aos familiares e cuidadores dos pacientes críticos, através do grupo de suporte gerando impacto positivo na gestão, valorizando a saúde familiar e a preservação do vínculo familiar afetivo. Foi formada uma equipe multidisciplinar como um grupo de apoio aos cuidadores que funciona semanalmente. Além das orientações técnicas, visamos o acolhimento dos cuidadores através de escutas e dinâmicas em grupo. Com isso, notamos uma significativa sensibilização dos cuidadores, de maneira que houve a melhora da aceitação de alta hospitalar, e a diminuição da necessidade de encaminhar os pacientes para o serviço de retaguarda, uma vez que os familiares se sentem mais seguros para cuidar do seu paciente em casa. Houve alguns familiares que procuraram o grupo de cuidadores após seu paciente receber alta hospitalar, a fim de tirar as dúvidas e trazer novas experiências para outros participantes do grupo. Concluimos que o acolhimento multidisciplinar dos cuidadores traz um impacto positivo, tanto do ponto de vista de humanização como da gestão, ao resultar em facilitação do processo de tratamento e alta dos pacientes.

Palavras-chave: Cuidador, internados, acolhimento

^IYumi Kaneko (yukaneko@terra.com.br) é médica fisiatra, coordenadora da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

^{II}Eliane Teixeira Leite Almeida (e-teixeira-almeida@uol.com.br) é assistente social da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

^{III}Christian Campos (ocatio@gmail.com) é infectologista e vice-diretor clínico da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

^{IV}Antonio Carlos Vazquez Vazquez (acvazquez@bol.com.br) é psicólogo clínico da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

^VAna Maria Silva (anadjana@bol.com.br) é enfermeira da Clínica Cirúrgica da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

^{VI}Patrícia Andrea de Lima Maciel (gerencia.uan@hgp.spdm.org.br) é nutricionista, gerente da UAN da Unidade de Reabilitação do Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

INTRODUÇÃO

O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que a doença se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e família atribuem ao evento. A família necessita se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

Os estudos apontam alguns problemas dos cuidadores tais como:

- Pobre comunicação médica;
- Tempo de consulta médica imprevisível;
- Cuidado de enfermagem insuficiente;
- Falta de conhecimento do cuidador sobre os cuidados do paciente.

Estes fatos, por sua vez, geram uma grande angústia e desgaste nos familiares, além do significativo ônus que a própria atividade cotidiana de cuidados implica na vida dos mesmos. Acreditamos desta forma, que o bem estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para:

- Aproximar os familiares da equipe de saúde da instituição;
- Reaproximação dos cuidadores com o paciente;
- Prevenir o *burnout* em cuidadores (o *burnout* pode levar a práticas paternalistas e abusos e agressões ao paciente);
- Amenizar as angústias dos familiares diante do adoecimento;
- Facilitar a aceitação do estado mórbido do seu ente querido, assim como das possíveis sequelas.

Sob estes pontos de vista, foi elaborado um programa de abordagem e apoio aos cuidadores informais dos pacientes internados no Hospital Geral de Pirajussara, chamado “Cuidando dos Cuidadores”.

OBJETIVO

Humanização do atendimento aos familiares e cuidadores dos pacientes críticos através do grupo de suporte que gere impacto positivo na gestão.

METODOLOGIA

Foi elaborada uma equipe multidisciplinar composta por médico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, nutricionista e integrante da diretoria clínica. Os integrantes técnicos da equipe ministram um encontro semanal com os familiares com o objetivo de:

- Acolher os familiares e cuidadores dos pacientes acamados, com incapacidade funcional significativa (ou com risco de desenvolver incapacidade funcional). Entende-se pela “incapacidade funcional” as dependências do indivíduo nas suas atividades da vida diária tais como: ato de alimentar-se, banho, higiene elementar, vestuário e transferência;
- Oferecer orientação técnica dos cuidadores quanto aos cuidados básicos do paciente no ambiente domiciliar, em paralelo às orientações individuais no leito, se necessário;
- Esclarecer e discutir com os familiares sobre o conceito de *cuidador* e discutir sobre o sentido de *cuidar*;
- Promover a melhor aceitação de alta hospitalar pelos familiares, diminuindo suas angústias de receber o paciente no seu domicílio;
- Diminuir a possibilidade de reinternações por intercorrências clínicas geradas pela conduta inapropriada no domicílio;
- Favorecer o processo de reabilitação após a alta hospitalar.

O grupo “Cuidando do Cuidador” iniciou seu atendimento em maio de 2007. O encontro com familiares é semanal e, a cada semana, é ministrado pelos profissionais de áreas diferentes, de maneira que os encontros são cíclicos e contínuos.

A forma contínua com que os encontros ocorrem facilita a participação de familiares novos e beneficia a aderência deles ao programa, uma vez que cria-se rotina semanal de encontros.

RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra o número de familiares/cuidadores abordados por mês. Desde maio de 2007 até o momento, foram abordados 1152 familiares/cuidadores de 970 pacientes. O Gráfico 2 mostra a proporção de origem dos pacientes. Assim, pacientes podem ser oriundos da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto ou do domicílio (pós-alta hospitalar). Com aumento gradativo dos familiares dos pacientes que receberam a alta hospitalar entendemos que este trabalho está

sendo bem aceito e tem se tornando um canal de comunicação que liga os usuários à instituição. O Gráfico 3 mostra o número de encontros ministrados pelos profissionais técnicos e a média de participantes por sessão.

A equipe deste trabalho aponta como principais resultados:

- Melhora na aceitação de alta hospitalar pelos familiares;

Diminuição da requisição da vaga de hospital de retaguarda (alguns familiares que, a priori, haviam solicitado uma vaga de hospital da retaguarda, decidiram por cuidar do paciente no seu domicílio, após participar do grupo de cuidadores):

- Preparação técnica e emocional dos cuidadores, mostrando que é possível cuidar sem traumas;
- Maior participação e interesse dos cuidadores nas aulas e nos cuidados de seus familiares adoecidos;
- Melhor entendimento no momento da orientação técnica na alta hospitalar, o que facilita, para o profissional, a realização de uma orientação mais completa e otimização da assistência;
- Observamos que, ao perder o medo, os cuidadores passaram a acolher melhor os pacientes;
- Conhecer os cuidadores antes da alta hospitalar, o que facilita também a elaboração do procedimento e orientações necessários no momento da alta;
- Acolhimento dos familiares e conseqüente melhora do relacionamento e vínculo destes com a instituição;
- Durante as reuniões com os grupos observou-se a necessidade dessa população em receber um aco-

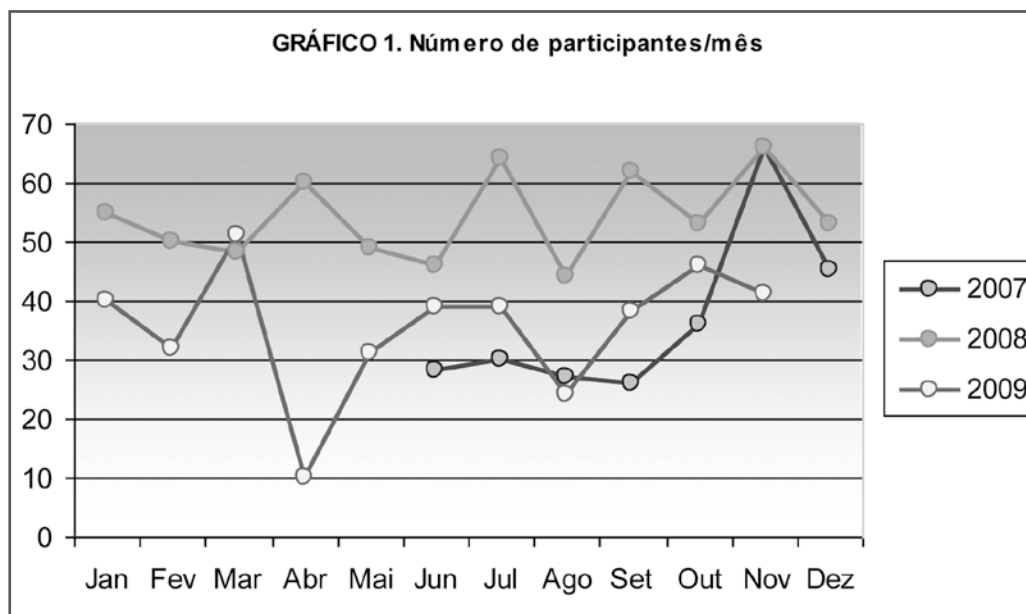
lhimento em relação ao seu sofrimento. Tal acolhimento depende de um tipo de escuta especializada do psicólogo – fazendo com que o problema trazido por um dos participantes seja ouvido por todos os demais presentes. Este processo possibilita que os participantes, ao escutarem o outro, aprendam a “se ouvir” de maneira menos sofrida para elaborar seus recursos internos e aprender a lidar com suas questões e dificuldades.

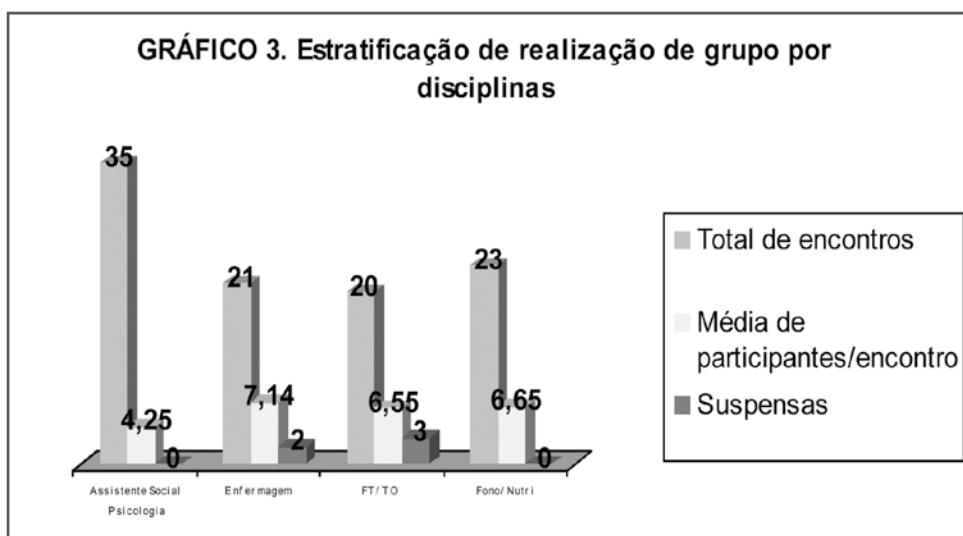
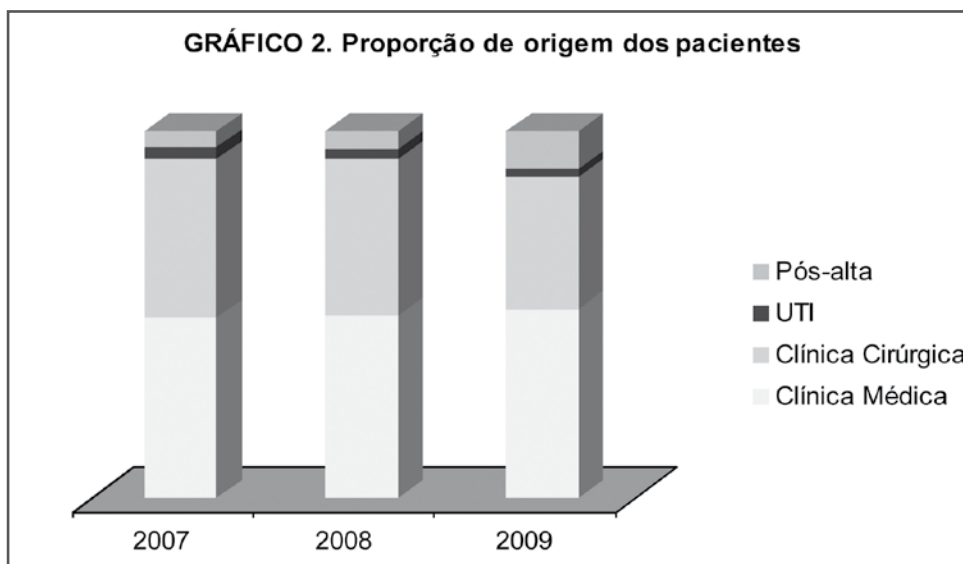
Dessarte, pensamos que este projeto conseguiu atingir algumas diretrizes da *Política Nacional de Humanização*, tais como:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

CONCLUSÃO

O acolhimento multidisciplinar dos cuidadores traz um impacto positivo tanto do ponto de vista de humanização como da gestão, ao resultar em facilitação do processo de tratamento e alta dos pacientes.





REFERÊNCIAS

1. Born T. A formação de cuidadores, acompanhamento e avaliação. [acesso em 05 nov 2009]. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no.1395, de 13 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União. 03 dez 1999; Seção 1:20.
3. Brasil. Humaniza SUS. Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2004. [acesso em 5 nov 2009]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf.
4. Field D, Mcgaughey J. An evaluation of palliative care services for cancer patients in the Southern Health and Social Services Board of Northern Ireland. Palliat Med 1998; 12:83-97.
5. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University; 1996:(2).
6. Messa AA. O impacto da doença crônica na família. [acesso em 05 nov 2009]. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>.

Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização

Silvio Yasui^I
Liamar Aparecida dos Santos^{II}

Resumo

O Curso de formação de Formadores e de Apoiadores para a Política de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH), parceira do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizado ao longo do ano de 2008, teve importantes efeitos. Um deles foi o de colocar a PNH na agenda de alguns Colegiados de Gestão Regional da Secretaria de Estado da Saúde o que gerou diferentes e diversas demandas. Na região oeste do estado, gestores solicitaram a realização de cursos de humanização para seus municípios utilizando o fórum e os recursos da Educação Permanente. O presente texto tem por objetivo relatar a experiência de oficinas de sensibilização e aproximação aos princípios, diretrizes, dispositivos e método da Humanização, ofertadas a dois Colegiados de Gestão Regional do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente, apresentando uma breve análise de seu processo que articulou duas políticas: PNH e a Política de Educação Permanente.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, educação permanente, formação para o SUS

^ISilvio Yasui (silvioyasui@gmail.com) é psicólogo, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), professor da graduação e da pós-graduação do curso de psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis).

^{II}Liamar Aparecida dos Santos (liamar@assis.unesp.br) é psicóloga, doutoranda em psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis), integrante do CDQ-SUS da DRS IX-Marília e professora da graduação do curso de psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis).

A APOSTA NO ENCONTRO OU O DESAFIO DO CONTÁGIO

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe-se a ser uma política pública transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão. Isto significa construir/ativar um processo que envolve dimensões éticas, estéticas e políticas. Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS². Dito de outra forma, ético, pois envolve a defesa da vida, estética, pois envolve a criação do humano e política, pois se dá na *polis*, na relação entre os homens e o poder³.

Isso implica em complexos desafios de diferentes dimensões: na atenção e produção de saúde; nas formas e modos de gestão; e na qualificação e na formação dos atores envolvidos. Pasche e Passos⁷ apontam para as prioridades nas quais a PNH tem investido, dentre elas:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS;
 - Buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
 - Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
 - Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
 - Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, responsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
 - Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
 - Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
 - Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;
 - Implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH.

Para este trabalho, destacaríamos a prioridade em contagiar os principais atores do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização, na perspectiva tanto da formação em serviço para trabalhadores e gestores, quanto da disseminação e capilarização da PNH.

É no cotidiano dos serviços, no enfrentamento das vicissitudes, fragilidades e precariedades que, paradoxalmente, se aposta na potência da produção de um novo modo de fazer/saber saúde. Mas para que a aposta surja como uma chance, como um acontecer possível, é necessário abrir fissuras neste cotidiano, muitas vezes marcado pelo desânimo, pelo desamparo, pela desilusão. A PNH faz uma oferta de dispositivos que são oportunidades/acontecimentos para re-encantar os atores ao SUS, apostando na potencia que há em seus princípios: transversalidade, entendida como a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde; indissociabilidade entre a atenção e a gestão, entendida como inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; e protagonismo, correspondência e autonomia dos sujeitos, que implica na produção de si e na produção do mundo¹.

Para Ceccim e Merhy⁶, onde há mais captura ocorrem mais transversalidades capazes de produzir linhas de fuga e operar transformações na delicadeza de cada encontro. Os autores falam aqui da produção da atenção onde ela não é esperada, na capilaridade das relações cotidianas: “falamos da capacidade de acolhimento, encontro”. O encontro entendido como da ordem da micropolítica e operando trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções.

Processos de formação, apenas fazem sentido nesta perspectiva que toma o cotidiano como elemento central e contagia os seus atores a encontros que apostam na ética da defesa da vida, na estética da criação e invenção de caminhos e no debate na polis.

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS

É na perspectiva acima apontada que podemos entender a Educação Permanente em Saúde, ou seja, como

um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas, que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos neste mesmo cotidiano⁵.

Há uma indissociabilidade entre o fazer/aprender/ensinar e o cotidiano das organizações. Deste modo, não há como pensar os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde sem que se tomem como referência as suas necessidades e fragilidades na formação, as necessidades de saúde das pessoas e das populações, os nós críticos e demandas da gestão e do controle social em saúde. E sem que se tenha por objetivo a mobilização de recursos para a transformação das práticas e da organização do processo de trabalho⁶.

Assim, na proposta da educação permanente, as demandas para os processos formativos, não se definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, ou de orientações dos níveis gestores centrais, ou da oferta das instituições formadoras. É, a partir da problematização do cotidiano das instituições, da organização do processo do trabalho, da produção do cuidado e da atenção à saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação.

Com estes elementos surge, em 2004^{III}, a Política Nacional de Educação Permanente (EP), com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria 198/04, como ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras⁴.

Em que se pesem as dificuldades e obstáculos que produziram alterações na forma de sua condução, substanciadas na portaria 1996, de 2007, a Educação Permanente vem se constituindo como uma importante política que tem implicado, de modos e intensidades diferenciadas e desiguais, em discussões e ações que resultam em uma articulação entre a formação e a mobilização de processos e práticas nos coletivos de produção da saúde. O processo de busca e construção contínua de consensos em relação às responsabilidades, atribuições e competências, envolvendo diferentes atores e in-

teresses, como os Núcleos de Educação Permanente em saúde (NEPs), os Colegiados de Gestão Regional (CGR), as Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), Escolas Técnicas do SUS da Secretaria de Estado da Saúde (ETSUS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP), Instituições Parceiras e o Conselho Estadual de Saúde (CES), tem sido um desafio.

Nascidas no mesmo tempo histórico, a PNH e a Educação Permanente, possuem muitos aspectos em comum. Ambas surgem como políticas estratégicas, com princípios e objetivos congruentes, que apontam para o fortalecimento do SUS e para mudanças nas práticas. Neste último aspecto, ambas, têm como foco privilegiado o cotidiano dos serviços e a indissociabilidade entre as suas diferentes dimensões: produção do cuidado, gestão, política e formação. Ambas preconizam a inclusão dos sujeitos envolvidos no caminhar de seus processos. Porém, institucionalmente, seguiram por diferentes caminhos. Enquanto a PNH buscou se consolidar como uma política transversal, que aposta no contágio e modos diversos de fazer a política, a EP institucionalizou-se com portarias, normas, ritos administrativos e recursos financeiros. A separação produziu uma certa dificuldade de diálogo e de articulação entre as duas estratégias que podem se potencializar mutuamente.

É sobre a potência desta articulação que trata o relato desta experiência. Os autores deste trabalho participaram como formadores, em diferentes momentos, das duas políticas. Foram trabalhadores de saúde, usuários do sistema, que participaram da gestão e, atualmente, estão em instituições formadoras. Portanto, é como sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, na gestão e na formação que apresentamos estas reflexões.

A EXPERIMENTAÇÃO

Ao longo do ano de 2008, realizou-se o Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, uma parceira do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Departamento de Medicina Preventiva da USP. Tendo como meta a formação de trabalhadores da saúde com capacidade de intervir em serviços de saúde do Estado de São Paulo, o curso visou formar sujeitos dotados de capacidade para disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde, em conformidade com as proposições da Política Nacional de Humanização.

^{III}No final do ano de 2003, o Conselho Nacional de Saúde publica a resolução nº 355 aprovando a Política Nacional da Educação Permanente.

A região do Pontal do Paranapanema, situada no extremo oeste do Estado de São Paulo, foi uma das Unidades de Produção do curso. Esta definição ocorreu em função de um processo de aproximação já existente da PNH naquela região. O processo de realização do curso, desde a escolha e definição dos apoiadores, os encontros presenciais e a elaboração dos Projetos de Intervenção, produziram importantes efeitos não apenas na região do Pontal, mas nos outros municípios que integram o Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente (DRS-XI).

Um deles foi o de colocar a PNH na agenda dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) da DRS XI, o que gerou demandas e solicitações para a realização de cursos de humanização que foram encaminhadas para o fórum da Educação Permanente. Os CGR do Extremo Oeste e da Alta Paulista foram os primeiros a apresentar mais esta solicitação que foi discutida e pactuada nas reuniões do Núcleo de Educação Permanente em saúde (NEPs), posteriormente na Comissão de Integração Ensino/Serviço (CIES), envolvendo a participação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), da DRS XI e do seu Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ). Uma vez formulada e acordada, a proposta foi encaminhada a Comissão Intergestoras Bipartite (CIB). É importante destacar este rito para explicitar a complexidade, as exigências e os desafios que se apresentam para a concretização das propostas de formação, quando se pretende superar as práticas tradicionais de “capacitação encomendada” para uma construção ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho⁸.

A solicitação de um curso sobre Humanização foi encaminhada aos autores do presente texto, que participaram, em diversos momentos, do processo acima descrito para formular e esclarecer a perspectiva da proposta que foi formulada, a partir das seguintes considerações: a oportunidade de colocar na agenda da Educação Permanente (PNH), apostando na articulação entre estas duas políticas; possibilitar uma aproximação da PNH, como política com princípios e diretrizes, produzindo uma mudança no conceito conservador de humanização presente nas solicitações; identificar ato-

res que possam propor e implementar planos de intervenção; e, por fim, mapear possibilidades de processos de formação de apoiadores institucionais.

A partir destas considerações, apresentamos uma proposta de *Oficinas de sensibilização e introdução à Política Nacional de Humanização*. Uma vez aprovada, as vagas foram ofertadas a todos os municípios dos dois CGR. Tendo como proposta central apresentar as principais ferramentas da Política Nacional de Humanização e estimular os participantes a elaborarem ações em seus locais de trabalho. A partir dessas ferramentas, as oficinas foram abertas aos trabalhadores da saúde de diferentes formações. Optou-se pela modalidade de oficinas, pois era a forma que consideramos mais adequada para operar dois princípios essenciais da PNH e da EP: análise do processo de trabalho cotidiano no qual cada aluno está inserido, e a inseparabilidade entre formação e intervenção.

A estrutura das oficinas utilizou-se das metodologias ativas, buscando desenvolver um processo de aprendizagem significativa. Havia um momento de aproximação ao tema proposto^{IV}, por meio de uma situação-problema a ser discutida por todos os participantes, com a identificação de questões de aprendizagem a serem pesquisadas nos textos disponibilizados no ambiente virtual do curso, com o apoio dos professores. No momento seguinte, o tema era retomado com a instrumentalização dos conceitos teóricos e com uma reflexão sobre seus efeitos e consequências no cotidiano de cada serviço. A dinâmica das oficinas pode ser assim sintetizada: a partir de situações e vivências do cotidiano dos serviços para a teoria, retornando para o cotidiano dos serviços, finalizando com a elaboração de uma proposta de ação, concretizando alguns dos conceitos aprendidos. Isso proporcionou uma dinâmica muito interessante nos trabalhos desenvolvidos nos encontros presenciais.

A inclusão de trabalhadores de diferentes formações discutindo e debatendo os temas apresentados, ampliou a perspectiva com o acréscimo de diferentes vivências, estimulou cada um a argumentar e expor as ideias de forma clara, articulando sempre com o cotidiano do processo de trabalho, estimulou o desenvolvimento de uma postura que privilegiou a escuta do outro. Destacamos que em uma das turmas havia médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, motoristas, auxiliares administrativos. Em uma das discussões, a participação ativa dos motoristas colocou em cena e em discussão toda

^{IV}Foram desenvolvidos os seguintes temas: PNH, princípios, diretrizes, método e dispositivos; gestão e cogestão; acolhimento; clínica ampliada; fomento a grupalidades, coletivos e redes; e elaboração e discussão sobre projetos de intervenção.

uma teia complexa de relações que se estabelecem entre estes trabalhadores e os usuários, com os outros serviços, e as angústias de lidar com as urgências e com as esperas.

Seguindo a proposta de avaliação apresentada no projeto, apresentamos, a seguir, algumas considerações genéricas sobre as duas turmas. Os participantes, de forma geral, sustentaram todas as pacificações, realizando, a contento, todas as atividades propostas. Tivemos uma boa frequência, com poucas desistências; intensas e acaloradas discussões, tendo sempre como perspectiva o cotidiano de cada participante, e a utilização dos conceitos e referenciais; por fim, com diferenças entre as duas turmas, os projetos de intervenção apresentados demonstraram que houve um acúmulo de discussão na perspectiva dos dispositivos da PNH.

Os participantes finalizaram propondo um seminário sobre PNH, para o qual convidaram os gestores para apresentarem os projetos. Embora as duas turmas tenham feito esta proposta, apenas uma a realizou: a do Extremo Oeste. De qualquer forma, isto sinalizou um certo comprometimento em seguir adiante, aplicando na sua realidade e demandando novos espaços para conhecimento, o que está em sintonia com a essência da EP.

CONCLUSÃO

Iniciamos o presente texto com uma das apostas da PNH que é a do contágio dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS aos seus princípios, diretrizes e método. Buscamos articular com a política da EP que faz uma aposta na qualificação dos trabalhadores, colocando o cotidiano do trabalho em saúde em análise, nas perspectivas de uma indissociabilidade entre fazer/aprender. A experiência que brevemente descrevemos acima aponta para um caminho interessante a ser construído. Repetimos o verbo: apostamos na potência destas duas políticas que, quando chegam aos trabalhadores, produzem importantes efeitos. O CGR do Extremo Oeste formalizou novamente a EP dando continuidade às Oficinas, como forma de sustentar e ampliar os Projetos de Intervenção. Todos os outros CGR da DRS de Presidente Prudente colocaram a PNH como prioridade para a EP.

Em tempos difíceis como estes, em que sustentar processos de consolidação do SUS tem se transformado em enfrentamento contra lógicas que pretendem flexibilizar seus princípios, mais do que nunca, se faz necessária a produção de espaços que potencializem o que há de mais vital: os nossos encontros para re-encantar o processo de trabalho, para defender a vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH. Brasília (DF); 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF); 2004b.
5. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interf - Comunic Saúd Educ* 2005;9(16):161-77.
6. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interf - Comunic Saúd Educ* 2009;13(1 Supl):531-42.
7. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúd Púb Santa Catarina* 2008: 92-100.
8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho de Secretarias Municipais de São Paulo. Documento Norteador contendo as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo.

Encontro da gestante: o encontrar da singularidade com a multipluralidade

Ana Beatriz B. Salesse^I

Celso Martins^{II}

Maria Auxiliadora Rocha^{III}

Resumo

O Hospital Estadual de Mirandópolis (HEM), localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, com atendimento aos usuários do SUS e aos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Araçatuba estabeleceu, entre as suas ações de humanização, a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde. Iniciaram-se então, em fevereiro de 2008, encontros denominados “Chá da Gestante”, como parte do processo de acolhimento e valorização deste ser singular e multiplural. O projeto consiste em receber as gestantes (e seus acompanhantes) dos municípios de referência no HEM, antes da internação, preferencialmente no sétimo mês de gestação, para conhecerem as dependências e rotinas realizadas no parto, em todas as fases, com orientações sobre os procedimentos, com consequente diminuição do parto cesárea, e da possibilidade de mortalidade infantil. Trabalho possível através da construção de redes participativas, com equipes multiprofissionais do HEM e dos municípios da circunscrição atendidos pelo Hospital, com pactuação entre os diferentes níveis de gestão do SUS e da Humanização do Parto (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) e o reconhecimento dessa mulher que gesta e pari, como sujeito ativo e protagonista das ações de saúde.

Palavras-chave: Gestantes, parto humanizado, acolhimento, aleitamento materno

^IAna Beatriz B. Salesse (salesse@hotmail.com) é assistente social do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria e assistente social judiciário do TJSP.

^{II}Celso Martins (martins701@hotmail.com) é enfermeiro pós-graduado em Administração dos Serviços de Saúde, especialista em Educação Profissional na área da Saúde e Metodologia e Didática do Ensino. É interlocutor das Ações de Humanização do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria.

^{III}Maria Auxiliadora Rocha (dorarocho@hotmail.com) é psicóloga do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria e psicóloga judiciária do TJSP.

INTRODUÇÃO

As maternidades públicas no Brasil geralmente atendem a maior parte das mulheres que não têm condições de consumir os serviços oferecidos pelas instituições privadas de saúde. A assistência ao parto, nessas instituições, é particularmente perversa porque anula de diversas formas a possibilidade da mulher e da família de vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento.

Muitas mulheres que procuram assistência na rede pública de serviços passam por uma rotina que se inicia com a busca de uma vaga, após uma provável peregrinação por algumas unidades de saúde⁵.

O Hospital Estadual de Mirandópolis (HEM) sabedor da sua responsabilidade em protagonizar ações que busquem reverter este quadro funesto, entende a humanização como uma forma mais atenta de cuidar e respeitar os direitos de cidadania, na relação usuário/profissional de saúde, através da mudança da cultura de atendimento, reconhecendo, primeiramente, os direitos fundamentais da mãe e da criança². Para tanto, estabeleceu entre as suas ações de humanização a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000^{1,3}.

Neste contexto, como parte do processo de acolhimento e valorização deste ser singular e multiplural, bem como da implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no HEM, destacamos o “Chá da Gestante”, um projeto que consiste em receber as gestantes dos municípios de referência, (antes da internação no momento do parto no HEM), preferencialmente no sétimo mês de gestação, num encontro sediado no hospital, para conhecerem as dependências e rotina realizada no parto, em todas as fases, com orientações sobre os procedimentos.

OBJETIVO GERAL

Oferecer encontro denominado “Chá da Gestante”, sediado no hospital, para que gestantes, preferencialmente no sétimo mês de gestação, acompanhadas pelas equipes de saúde do HEM e dos municípios de referência, conheçam as dependências do Hospital Estadual de Mirandópolis e as rotinas realizadas no parto, em todas as fases, com orientações sobre os procedimentos e abordagem sobre temas específicos, com o intuito de reduzir a ansiedade da paciente com relação à internação e momento do parto, sanar dúvidas frequentes, possibilitando o atendimento integral e humanizado à mulher gestante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implantar o Projeto “Chá da Gestante” pela equipe do PHPN em consonância com projetos desenvolvidos pela SES/CSS e Ministério da Saúde;
- Promover o atendimento acolhedor, integral e resolutivo, estimulando práticas resolutivas e eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Garantir a toda usuária o direito de saber quem são os profissionais comprometidos com sua saúde;
- Responsabilizar os serviços de saúde por sua referência territorial;
- Garantir que as unidades de saúde informem à usuária quanto ao seu direito em estar acompanhada de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- Ampliar o diálogo entre todos os atores sociais envolvidos no projeto, propiciando a troca e a construção de saberes;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada, tendo compromisso com o usuário e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde da mulher e da criança;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Preparar as gestantes e familiares para o parto, com conseqüente diminuição do parto cesárea e da possibilidade de mortalidade infantil, propiciando recém-nascidos mais saudáveis, puérperas mais preparadas para a amamentação e para os cuidados com o bebê;
- Construir o trabalho em rede com equipes multiprofissionais dos municípios da circunscrição atendida pelo Hospital Estadual de Mirandópolis, construindo redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas;
- Efetivar pactuação entre os diferentes níveis de gestão do SUS e entre as diferentes instâncias de efetivação da Humanização do Parto (gestores, trabalhadores da saúde e usuários);
- Identificar as necessidades, desejos e interesses das usuárias;
- Resgatar os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde reconhecendo o usuário como sujeito ativo e protagonista das ações de saúde.

METODOLOGIA

- Implantação da Comissão de Humanização do Parto e Nascimento do HEM;

- Elaboração do projeto de implantação do PHPN;
- Sensibilização do HEM e dos municípios para adesão à proposta, inclusive com articulação e pactuação por meio de reuniões *in loco* nos municípios de referência coordenadas pela Comissão de Humanização do Parto e Nascimento do HEM para apresentação do projeto, diagnóstico situacional e delineamento da realidade de cada município;
- Construção de pactos locais com os Gestores Municipais e Equipes de Saúde dos municípios de referência, através de reuniões coordenadas pela Comissão de Humanização do Parto e Nascimento do HEM, contendo a agenda de compromissos, estratégias, ações, cronograma e definições de responsabilidades, em consonância com o Pacto de Gestão⁴, tendo como prioridade o atendimento resolutivo e humanizado no atendimento à mulher e ao recém-nato;
- Estabelecimento de um interlocutor no município para efetivação da interface Município-HEM-SES;
- Orientação ao acompanhante, sobre a importância e função do mesmo na hora do parto, desde que este tenha acompanhado a gestante durante os exames pré-natais;
- Incentivo às ações de preparo da gestante para o parto normal durante o pré-natal pela equipe multiprofissional do município;
- Incentivo à realização de pré-natal personalizado à gestante (mínimo de 06 consultas realizadas no município para a gestante durante o pré-natal);
- Implementação da vacinação contra Hepatite no HEM e pelo município;
- Consecução de normas para os municípios quanto ao procedimento de encaminhamento para transferência dos casos de gravidez de risco;
- Organização das referências para o atendimento segundo os riscos;
- Incentivo à implementação do SIS Pré-Natal (sistema de informação do pré-natal, parto e puerpério) pelos municípios;
- Formalização da referência e contrarreferência na atenção à mulher durante a gestação;
- Disponibilização da equipe multiprofissional do HEM para auxiliar nos cursos de gestante dos municípios, por meio de encontros entre equipe multiprofissional do HEM, e interlocutores do pré-natal dos municípios, objetivando a socialização do mesmo;
- Realização de encontro denominado “Chá da Gestante”, com as gestantes dos municípios de referência do HEM, preferencialmente no sétimo mês de

gestação, que realizarão seus partos no Hospital, a fim de que possam conhecer os profissionais e o ambiente, além de receberem orientações quanto aos procedimentos a serem utilizados, incentivo e preparação para o aleitamento materno, cuidados com o bebê, entre outros temas pertinentes, ajudando a minimizar a ansiedade no momento do parto. Nesta oportunidade, é oferecido um *coffee break* às gestantes, momento em que são abordados temas relacionados à gestação (inclusive nutrição da gestante e nutriz), parto e puericultura.

DESENVOLVIMENTO

No “Chá da Gestante” são abordadas questões sobre: cadastramento, consulta, internação, exames; apresentação da estrutura física, qualificação dos profissionais, condições para acolher o acompanhante da gestante, o estabelecimento do alojamento conjunto; explicação da importância dos exames de acompanhamento da saúde da mulher e do bebê durante a gestação; ênfase nos benefícios do parto normal e reforçar da ideia de que a mulher tem direito a um parto mais acolhedor, sem a realização de procedimentos desnecessários; orientação e incentivo ao aleitamento materno, cuidados com a alimentação na gestação; documentação, itens para trazer quando da internação, fala de médicos pediatras e obstetras e respostas a dúvidas expressadas pelas participantes da reunião. Tudo isso com o intuito de reduzir a ansiedade da paciente com relação à internação e o momento do parto, bem como sanar dúvidas frequentes das mesmas. Finalizando o encontro, são oferecidos às gestantes, presentes, um lanche com salada de frutas e sucos, com as instruções da Nutricionista do HEM sobre a importância de uma alimentação saudável.

Todas estas ações são coordenadas pela equipe de implantação do PHPN e realizadas pela equipe multiprofissional do HEM e dos municípios de referência (Assistentes Sociais, Fisioterapeuta, Psicólogas, Nutricionistas, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Médicos Obstetras e Pediatras) num trabalho democrático e participativo dos envolvidos.

CONCLUSÃO

Com este projeto coletivo, vimos o resultado sinérgico de vários encontros felizes, a expressão do que é o trabalho em rede, a construção de saberes e como o apoio sincero dos atores sociais envolvidos na concepção, gestação e parto de uma ideia é capaz de fazer toda a diferença, quando todos são chamados a fazer a sua parte.

A consecução do “Chá da Gestante” possibilitou garantir a efetivação dos direitos das usuárias previstos nas legislações vigentes, recepção humanizada à gestante e ao recém-nato, orientação e incentivo ao aleitamento materno, redução do número de cesarianas, apoio e incentivo

aos municípios para a efetivação de um atendimento humanizado e estabelecimento de parceria para orientação às gestantes durante o pré-natal, e que ela, esse ser que gesta e pari, possa ser compreendida como um ser único, afeita à sua singularidade e multipluralidade inequívocas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.
2. Brasil. Lei Federal nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Aborto, Parto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher. Brasília (DF); 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF); 2006.
5. Giffin K, D’Orsi E, Reis AC, Barbosa GP et al. Fatores associados à realização de cesárea e qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Rio de Janeiro – sumário de resultados. Rio de Janeiro; 2000. Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP-Fiocruz.
6. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998:(8).

Relato de experiência de ações de humanização numa Unidade Neonatal

Lisiane Valdez Gaspary^I

Jacqueline Macedo^{II}

Resumo

O Hospital Geral de Itapeceira da Serra é um Centro de Referência Nacional do Ministério de Saúde para o Método Canguru (MC), com ações de humanização na assistência neonatal, sendo seus pilares: cuidados centrados na família, contato pele a pele, protocolo de dor, controle ambiental e estímulo/apoio à amamentação. Descrever as ações de humanização desenvolvidas no hospital baseadas na Metodologia Canguru. Foram elaboradas e implantadas rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrões, *check list*, treinamentos e palestras. Foi observada uma melhora no comportamento dos recém-nascidos (RN) que permaneceram mais estáveis, com episódios de repouso prolongado e uma maior participação dos pais e familiares que se mostraram mais tranquilos e confiantes nas condutas tomadas pelos profissionais. As mães manifestaram maior segurança e capacidade de amamentar e prestar os cuidados aos seus filhos, sendo que quase todas saíram com aleitamento exclusivo na alta. A alta aderência da equipe na prática diária valida as evidências científicas sugeridas sobre os benefícios da humanização ao RN, valorizando o papel da equipe multiprofissional e dos pais na recuperação e tratamento e garantindo qualidade de vida e dignidade nos atendimentos prestados.

Palavras-chave: Humanização, neonatal, Método Canguru

^ILisiane Valdez Gaspary (comunicação@hgjs.org.br) é supervisora de enfermagem da Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano do Hospital Geral de Itapeceira da Serra Seconci (SP-OSS).

^{II}Jacqueline Macedo (comunicação@hgjs.org.br) é fisioterapeuta diarista da Unidade Neonatal do Hospital Geral de Itapeceira da Serra Seconci (SP-OSS).

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Um dos pilares da PNH é o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNPN), instituído pelo Ministério de Saúde em junho de 2000, que tem como principal estratégia garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério.

Complementando o PNPN, surgiu a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, que traz a visão brasileira sobre o Método Canguru, uma mudança do paradigma da atenção perinatal, onde as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. Este é um modelo de assistência voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.

Neste contexto, foram criados os primeiros Centros de Referência, sendo o Hospital Geral de Itapecerica da Serra um dos Centros de Referências Nacionais do Ministério de Saúde para o Método Canguru (MC), com ações de humanização na assistência neonatal desde 2000.

OBJETIVOS

Descrever as principais ações de humanização desenvolvidas no Hospital Geral de Itapecerica da Serra,

a partir da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

DESCRIÇÃO E METODOLOGIA

Foram elaboradas e implantadas rotinas, fluxos, protocolos, procedimentos operacionais padrões, *check list*, treinamentos e palestras visando à sensibilização da equipe e padronização das condutas a serem tomadas baseadas na Metodologia Canguru.

Visita dos Irmãos

A rotina visa humanizar o atendimento ao recém-nascido através da visita dos irmãos à Unidade Neonatal em horários pré-determinados, fortalecendo os laços afetivos da família com o bebê internado e minimizando manifestações psíquicas e comportamentais negativas das crianças frente ao nascimento de um irmão prematuro, a partir do acesso destes à unidade neonatal, desmitificando o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e do estado clínico do bebê.

As visitas são monitoradas pelo psicólogo para os irmãos menores de doze anos, e acontecem duas vezes na semana. O psicólogo recebe os irmãos em um local reservado onde, através de atividades lúdicas, é avaliado o que cada um compreende sobre a internação do bebê, as dúvidas são esclarecidas e são realizadas orientações sobre o espaço e equipamentos da unidade (incubadora, monitor, respiradores, sondas...). Neste grupo, as crianças são convidadas a realizarem desenhos, bilhetes, cartas, ou deixar algum objeto que o represente mesmo na sua ausência. Este material confeccionado é colocado na parte externa da incubadora ou próxima ao bebê.

As mães relatam que os filhos conseguem compreender e suportar melhor toda a situação, como o afastamento da mãe, de casa e das atividades cotidianas, como, também, a necessidade de maior atenção ao recém-nascido neste momento. Referem também diminuição de queixas da escola e das pessoas que assu-



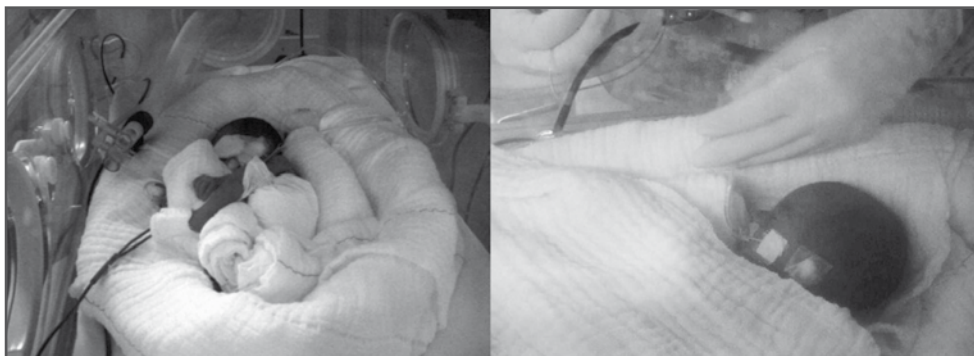
Fonte: Arquivo de Imagens do Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS)

miram os cuidados da criança, além da diminuição das fantasias relacionadas ao bebê.

Protocolo de Dor

Os objetivos principais do protocolo são: favorecer um melhor desenvolvimento cerebral do RN, através da padronização de condutas e uniformização de ações que visem à prevenção e o tratamento da dor; avaliar e medir a dor, mediante o uso de escalas validadas internacionalmente.

Inicialmente, houve a apresentação às equipes do Protocolo de Dor, depois ocorreu a padronização da escala a ser aplicada (NIPS – escala de avaliação da dor) e, em seguida, definiu-se a rotina de verificação do escore de dor. Foram muito estimuladas as intervenções para a prevenção da dor e do estresse, assim como as medidas não farmacológicas, como a sucção não nutritiva, o uso da glicose, a amamentação e a posição canguru.



Fonte: Arquivo de Imagens do HGIS

Controle Ambiental

Os cuidados prestados a um bebê prematuro devem procurar preservar ao máximo as condições que permitam um adequado desenvolvimento cerebral, o que conseqüentemente levará a um apropriado desenvolvimento dos padrões de sono e vigília.

Um ambiente não controlado provoca alterações comportamentais como o choro, dor e dificuldade de manutenção do sono profundo. Também provoca alterações fisiológicas como diminuição da saturação de O₂, aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão intracraniana.

As intervenções instituídas quanto ao ruído são: eliminação de rádio; remoção da água dos dutos do respirador; prontidão no atendimento de alarmes; cuidados ao abrir/fechar as portinholas; não colocação de objetos sobre a incubadora; uso de abafadores em portas, gavetas e lixeiras; uso de protetores auriculares nos RN's e o horário do PSIU (soninho).

Quanto à diminuição da iluminação são instituídas algumas rotinas como: uso de venda ocular; cobertura da incubadora com cueiro; uso de iluminação individualizada (foco de luz); utilização dos ciclos dia e noite, para sincronização do ritmo biológico, desligando as luzes no período noturno.



Fonte: Arquivo de Imagens do HGIS

Contato pele a pele

O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque, evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambas entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao tórax dos pais ou de outros familiares.

São várias as vantagens da posição: favorece o vínculo mãe-filho; reduz o tempo de separação mãe-filho; melhora a qualidade do desenvolvimento neuro-comportamental e psicoafetivo do RN de baixo peso; estimula o aleitamento materno; permite um controle térmico adequado; favorece a estimulação sensorial; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso.



Fonte: Arquivo de Imagens do HGIS

HIDROCINESIOTERAPIA

O feto, durante uma gestação sem intercorrências, encontra no meio ambiente uterino todo o suporte fisiológico de que necessita em termos de nutrição, excreção, oxigenação, controle térmico etc. O ambiente líquido (e de densidade mais elevada), a ausência de gravidade e a contenção promovida pelo útero contribuem para facilitar os movimentos corporais e a exploração do corpo, possibilitando a percepção de um grande número de estímulos táteis, vestibulares e cinestésicos.

O ambiente aquático proporciona ao indivíduo experiências e vivências novas e variadas, favorecendo a percepção sensorial e a ação motora. Assim, o desenvolvimento das capacidades psicomotoras (coordenação, equilíbrio, esquema corporal, lateralidade, orientação espacial e orientação temporal) do recém-nascido pode ser melhorado através da prática de atividades aquáticas. Portanto, a hidrocinesioterapia pode mimetizar o ambiente intrauterino, do qual o recém-nascido prematuro foi privado ao nascer.

A rotina, embasada em protocolo, tem o objetivo de otimizar a duração do sono profundo, promovendo um repouso prolongado, propiciando um estímulo apropriado ao

desenvolvimento psicomotor e estabelecendo confiança e vínculo familiar ao recém-nascido. Trata-se de uma conduta terapêutica assistida por um profissional fisioterapeuta que imerge o RN em um recipiente com água até a região cervical, a uma temperatura próxima a temperatura corporal, em torno de 36° a 37°, movimentando-o suavemente. O bebê é envolto em um lençol reproduzindo os limites da placenta.

A hidrocinesioterapia é indicada para o RN que tem peso > 1500g; hemodinamicamente estável; ausência de acesso periférico e/ou central; e apresenta sinais de irritabilidade e estresse crônico; a presença materna durante o procedimento é essencial, pois é nesse momento que se estabelece um vínculo mãe-bebê de cuidado. O procedimento deve ser autorizado pelos pais.

Grupo de Amamentação

O grupo existe para propiciar às mães da Unidade Neonatal e do Centro de Parto Normal (CPN) instruções sobre a importância do aleitamento materno e funcionamento do Banco de Leite Humano (BLH). O grupo de amamentação também é uma prerrogativa para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que preconiza o aleitamento materno exclusivo.



Fonte: Arquivo de Imagens do HGIS

Dentre as atividades desenvolvidas estão: apresentação de palestras às mães sobre o funcionamento e importância do BLH; atividades interativas por meio de dinâmica de grupo, exposição de cartazes e filmes relacionados à amamentação; discussão em grupo com troca de experiências entre as mães e esclarecimentos de dúvidas sobre o aleitamento materno; entrega de materiais relacionados ao tema (recomendações, anatomia da mama, curiosidades etc.); e para as gestantes do CPN, visita ao BLH para conhecimento da unidade.

Acolhimento das mães

Acolher bem significa dar atenção, ouvir, atender as necessidades individuais. Assistir a uma família cujo bebê está internado na UTIN é um grande desafio, não só pelas dificuldades das mães em prestar os cuidados ao RN prematuro, mas também devido a insegurança, imaturidade, preocupação quanto ao peso do RN, dificuldade de manejo etc. A inserção das mães no cuidado do RN visa aproxi-

mar a mãe da equipe, do seu bebê e atuar como coadjuvante no tratamento (amamentação, contato pele a pele).

As práticas repassadas às mães são embasadas em Procedimentos Operacionais Padrões, que abordam: lavagem das mãos, cuidados com o coto umbilical, troca de fralda, administração de dieta por sonda e copinho, administração de medicação por sonda e via oral, mudança de decúbito, higiene corporal, organização postural. As orientações são assinaladas em um impresso de *check list* com a identificação de todos os procedimentos em que as mães podem ser treinadas.

Acolhimento Multiprofissional aos Familiares no Luto

O fluxo de atendimento aos familiares no luto tem em vista acolher estes familiares de uma forma mais estruturada e humanizada também no pós-óbito. Ele funciona mesmo na ausência da psicóloga e assistente social, sendo a enfermagem, então, responsável por fazer o acolhimento da família.



Fonte: Arquivo de Imagens do HGIS

O fluxo estabelecido foi:

- Assim que o óbito é constatado, a enfermeira comunica à recepção e encaminha o impresso de aviso de óbito ao registro;
- A enfermagem aciona a Psicologia e o Serviço Social;
- Na chegada dos familiares, a psicóloga ou assistente social recebe os familiares e encaminha-os para um local apropriado para a informação médica;
- A comunicação do óbito é feita pelo médico na presença de parte da equipe multiprofissional (psicologia, serviço social e enfermagem);
- É realizado atendimento psicossocial, conforme demanda da família;
- É oferecido um local reservado para que os pais possam ver, tocar ou segurar a criança;
- A enfermagem procura manter o corpo, o maior tempo possível na unidade;
- Quando isso não é possível, o corpo é encaminhado ao necrotério e, com a chegada dos pais, a enfermagem prepara-os, da forma menos impactante, para os familiares (dentro de um berço comum, sem a mortalha e com roupas, se disponível);
- É realizada orientação social sobre os trâmites legais e recursos disponíveis;
- Em caso de grande descompensação emocional são identificadas e contatadas as pessoas mais próximas à família que poderão auxiliá-los no andamento do funeral.

Observou-se que os pais têm a possibilidade de ver o filho morto, tocar e até se despedir. Essa oportunidade inibe o descarrilamento da vida psíquica, como também favorece a elaboração do luto sadio desses familiares. Porém, é importante lembrar que cada indivíduo tem o seu modo particular de lidar com o luto e este deve ser sempre respeitado, já que o luto pode ser curto ou longo, reprimido ou cheio de emoções.

CONCLUSÕES

A visita dos irmãos contribui positivamente para o estado emocional geral da mãe, que fica mais tranquila

ao perceber que os filhos que são deixados em casa compreendem melhor e também participam deste processo.

A elaboração do Protocolo de dor trouxe à equipe mais segurança para lidar com a dor do RN e as mães se sentiram mais tranquilas, pois observaram que condutas estavam sendo tomadas para minimizar os procedimentos dolorosos e amenizar a dor dos filhos.

O controle ambiental e o contato pele a pele favorecem uma melhora no comportamento dos recém-nascidos (RN), que permanecem mais estáveis e com episódios de repouso prolongado.

A prática de hidrocinesioterapia fortalece o vínculo familiar e propicia um momento agradável, trazendo ao contexto hospitalar uma rotina domiciliar.

O grupo de amamentação funciona como um facilitador do aleitamento e do vínculo mãe-bebê. É possível perceber a importância do trabalho realizado desde o CPN e sua influência na amamentação após o nascimento, com altas taxas de aleitamento materno à alta e maior segurança e capacidade das mães em amamentar.

A inserção das mães no cuidado do recém-nascido constatou que as mães estão mais seguras para prestar os cuidados ao filho com participação mais contínua, estimula o aleitamento materno, melhora o vínculo afetivo do binômio (mãe-bebê) e a confiança nas condutas realizadas pelos profissionais.

O fluxo de luto ajuda na organização dos profissionais para melhor acolher os familiares neste momento, uma vez que esta situação é emocionalmente desorganizadora. Também diminui o estresse das outras mães cujos bebês estão internados na UTIN, e da equipe perante o óbito, ao sistematizar uma rotina de atendimento, antecipando situações desagradáveis, que poderiam piorar ainda mais esse cenário.

A alta aderência da equipe na prática diária valida as evidências científicas sugeridas sobre os benefícios da humanização no cuidado prestado ao RN, valorizando o papel da equipe multiprofissional e dos pais na recuperação e tratamento, garantindo qualidade de vida e dignidade nos atendimentos prestados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF); 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2004.
3. Cruvinel FG, Macedo EC. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infantil* 2007; 7: 449-455.
4. Degani A.M. Hidroterapia: os efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água. *Fisioterapia em Movimento* 1998; 11: 93-105.
5. Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23:CD000452.
6. Gasparido CM, Linhares MB, Martinez FE. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *J Pediatr* 2005; 81:435-42.
7. Getz M, Hutzler Y, Vermeer A. Effects of aquatic interventions in children with neuromotor impairments: a systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20:927-936.
8. Gomes de Andrade MA. Nascimento pré-termo e formação de laços afetivos. In: Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, Método Canguru. Brasília (DF); 2000; 4:37-51.
9. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido, *J Pediatría* 1999;75:149-160; 1999.
10. Kakehashi TY, Pinheiro EM, Pizzarro G, Guilherme A. Nível de ruído em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Paul Enferm* 2007; 20:404-9.
11. Kastenbaum R, Aisenberg R. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira; 1986.
12. Rugolo LMSS. Manual de Neonatologia - Sociedade de Pediatria de São Paulo - Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro-RJ: Revinter 2000;1(2):387.
13. Souza ABG; Leão Luís C; Silva VA; Gomes V. Luto no período neonatal: intervenções à família. *Nursing* 2008; 11:318-323.



Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP): um novo conceito no cuidado de crianças portadoras de doenças crônicas

João Fernando Lourenço de Almeida^I

Cristiane Freitas Pizarro^{II}

Flavio Roberto Nogueira de Sá^{III}

Resumo

O desenvolvimento da medicina e dos cuidados aos pacientes graves gerou aumento do número de crianças com sequelas/disfunções orgânicas crônicas. Esses pacientes permanecem por tempo prolongado na UTI-Pediátrica (UTIP). A UTIP do Hospital Estadual Vila Alpina (HEVA) conta com seis leitos e no segundo semestre de 2008, quatro deles estavam ocupados com pacientes crônicos (67%). Nessa ocasião, UTIP tinha permanência média de 22 dias de internação (soma dos pacientes agudos+crônicos), sendo que estudos preconizam permanência média de 3-7 dias. Em relação à média de internações/mês tínhamos média de 8,5 internações/mês, sendo que o ideal seria 12-15 internações/mês. Frente a esse problema, associado ao grau de insatisfação dos familiares, foi idealizado UCEP, num ambiente fora da terapia intensiva e com características para atendimento de pacientes crônicos. Essa unidade foi criada e resultados foram avaliados no período de seis meses pós-criação. Houve queda de 43% na média de permanência na UTIP e aumento significativo no número de internações por mês, com aumento de mais de 100%. Grau de satisfação dos familiares com a UCEP foi avaliado por questionário de 13 perguntas: houve número significativamente maior de excelente e ótimo na UCEP, (cerca de 2,5 vezes mais notas excelente/ótimo em relação a UTIP). A UCEP atingiu seus objetivos, tanto na melhora da rotatividade da UTIP como na satisfação dos familiares e profissionais. Mostrou que, além de viável, essa unidade pode fornecer melhora na qualidade de vida dos pacientes/familiares, inimagináveis dentro do ambiente de UTIP.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, qualidade, doentes crônicos

^IJoão Fernando Lourenço de Almeida (jfalmeida@einstein.com.br) é pediatra e coordenador do Departamento de Pediatria do Hospital Estadual de Vila Alpina.

^{II}Cristiane Freitas Pizarro (crispizarro@terra.com.br) é pediatra e coordenadora do Departamento de Pediatria do Hospital Estadual de Vila Alpina.

^{III}Flavio Roberto Nogueira de Sá (flavionsa@bol.com.br) é pediatra e coordenador do Departamento de Pediatria do Hospital Estadual de Vila Alpina.

INTRODUÇÃO

nas últimas décadas, a Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal vem passando por grandes avanços, possibilitando cada vez mais o tratamento de pacientes em estágio mais avançado de suas doenças. Um dos principais ganhos recentes é o avanço tecnológico, permitindo que novos aparelhos e monitores possam ser utilizados em lactentes e prematuros extremos. Além disso, o melhor preparo e conhecimento dos profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes da faixa etária pediátrica e neonatal, também foram cruciais para a melhora de algumas estatísticas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Neonatal. Dentre os dados analisados, a redução da mortalidade é o fator de maior impacto, com redução de 97% (antes do advento das UTIPs e Neonatais em 1963), para 9%, em 1999¹.

Infelizmente, esse aumento na sobrevivência de crianças criticamente enfermas também foi acompanhado de aumento do número de crianças com sequelas e disfunções orgânicas crônicas. Em diversos casos, essas sequelas reduzem a qualidade de vida dos pacientes e impedem que os mesmos consigam ser inseridos na sociedade.

Em casos mais graves, principalmente quando estão envolvidas sequelas neurológicas e pulmonares significativas, o paciente não consegue apresentar melhora suficiente para conseguir a alta hospitalar e o retorno ao lar.

Dependendo do grau de comprometimento neurológico, funções neurológicas primárias, como respiração, controle térmico e deglutição ficam comprometidos, tornando os pacientes dependentes de cuidados mais intensivos, que envolvem atenção com traqueostomia e ventilação mecânica, dieta enteral via gastrostomia, ou sonda enteral, atendimento fisioterápico e de

enfermagem frequentes, além de monitorização da oxigenação e parâmetros hemodinâmicos continuamente.

Esses cuidados são prestados pela equipe multiprofissional da UTIP (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista). Geralmente, os pacientes permanecem por tempo prolongado na UTIP, já que na maioria das enfermarias de pediatria esse tipo de atendimento é considerado complexo e de difícil aplicação.

A criança é considerada crônica quando está internada desde o nascimento, ou quando apresenta alguma condição na admissão em que a previsão de cuidados necessários em UTIP exceda 12 meses². Seguindo esta definição, dados recentes de hospitais europeus confirmam que os pacientes crônicos ocupam cada vez mais leitos em UTIPs, podendo atingir taxa de ocupação de 50 a 67%². Esta realidade pode ser dramática pelos seguintes motivos:

1. Ocorre uma mudança no perfil da UTIP, com menos cuidados intensivos;
2. Crianças graves ficam aguardando vaga em unidades de pronto-socorro e pronto-atendimento sem a adequada monitorização e terapêutica;
3. Os pacientes crônicos ficam sujeitos a riscos e infecções mais graves, características de UTIs;
4. A reabilitação dos pacientes crônicos é prejudicada;
5. O nível de estresse do paciente crônico e seus familiares é alto dentro do ambiente de UTIP (emergências, ruídos, iluminação contínua).

Na UTIP do Hospital Estadual Vila Alpina (HEVA) a situação até 2008 era muito semelhante. A UTIP do HEVA conta com seis leitos e, no segundo semestre de 2008, quatro deles estavam ocupados com pacientes crônicos (67%)³. Os fatores envolvidos na manutenção dos pacientes crônicos em UTIP estão citados no Quadro 1.

Quadro 1. Fatores associados à cronicidade dentro da terapia intensiva pediátrica

Falta de adequação das enfermarias para cuidados com dispositivos como traqueostomia e gastrostomia
Falta de treinamento da equipe multiprofissional fora do ambiente da UTIP
Receio por parte dos familiares de perder o vínculo com os profissionais que já atendem o filho na UTI
Instabilidade clínica dos pacientes, como necessidade de aspiração de vias aéreas frequente, crises convulsivas, infecções

Todos esses fatores estavam presentes em nossos pacientes crônicos, internados desde 2004, determinando que nossa UTIP tivesse uma permanência média de 22 dias de internação (considerando a soma dos pacientes agudos e crônicos), sendo que os estudos preconizam permanência média de três a sete dias em hospitais secundários⁴. Em relação à média de internações/mês, na UTIP do HEVA tínhamos média de 8,5 internações/mês sendo que, o ideal para uma UTIP de seis leitos, deveria ser de 12-15 internações/mês⁴.

Com o problema de baixa rotatividade da UTIP a ser solucionado, associado ao grau de insatisfação tanto dos familiares como dos profissionais da UTIP que estavam cuidando de pacientes com características “não intensivas”, a coordenação da pediatria, juntamente com o corpo diretivo do HEVA idealizaram uma Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (a UCEP), num ambiente fora da terapia intensiva e com características voltadas exclusivamente ao atendimento de pacientes crônicos, criando um novo conceito na organização do serviço do departamento de pediatria do HEVA, facilitando as internações na UTIP e criando um ambiente agradável e saudável para pacientes crônicos e seus familiares, propiciando instrumentos para melhor resposta na reabilitação de longo prazo.

OBJETIVO

Criação de uma Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) que permita:

- 1) Melhora nos índices de rotatividade da UTI Pediátrica:
 - a. Redução do número de pacientes crônicos na UTIP;
 - b. Redução da permanência dos pacientes (em dias);
 - c. Aumento do número de internações/mês de pacientes agudos na UTIP;
- 2) Melhora no cuidado dos pacientes crônicos:
 - a. Aumento da satisfação dos pais em relação aos cuidados prestados.

METODOLOGIA

O paciente foi considerado crônico quando estava internado desde o nascimento ou quando apresentou alguma condição, na admissão, em que a previsão de cuidados necessários em UTIP excedesse 12 meses.

A criação da UCEP deveria atender os seguintes pontos fundamentais para aumentar a satisfação dos pais e profissionais:

1. Médicos:
 - a. Manter atendimento médico diário e atendimento de emergência, se necessário;

- b. Número reduzido de médicos que avaliam os pacientes, visando aumento do vínculo com os familiares, além de maior conhecimento da condição clínica do paciente;
2. Enfermagem:
 - a. Seleção de profissionais com perfil no cuidado de pacientes crônicos, com escala fixa da UCEP;
 - b. Treinamento e adaptação de novos profissionais contratados para a UCEP;
3. Fisioterapia:
 - a. Manter atendimento de fisioterapia respiratória nos padrões fornecidos na UTIP;
 - b. Contratação de fisioterapeuta especializado em neurologia para maior enfoque na fisioterapia motora e reabilitação, com objetivos traçados individualmente para cada paciente;
4. Fonoaudiologia/Nutrição:
 - a. Reavaliações mais frequentes dos pacientes;
 - b. Avaliação nutricional individualizada, contando com avaliação de pregas cutâneas, peso e estatura, evitando tanto a desnutrição como o sobrepeso e obesidade;
5. Assistente Social/Psicologia:
 - a. Manter serviços prestados na UTIP;
 - b. Realização de reuniões mensais com os familiares.

A avaliação do aumento da rotatividade na UTIP foi realizada com o comparativo dos seguintes números:

1. Número de pacientes crônicos da UTIP no período pré-UCEP e pós-UCEP;
2. Média de permanência dos pacientes na UTIP no período pré-UCEP e pós-UCEP (em dias);
3. Média do número de pacientes internados por mês na UTIP no período pré-UCEP e pós-UCEP;

A avaliação do grau de satisfação dos familiares com a UCEP foi realizado através de questionário com 13 itens sobre temas, como: conforto, privacidade, cuidado multiprofissional e suporte tecnológico (Quadro 2), entregue aos pais na reunião mensal de integração.

DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

A implantação da UCEP ocorreu em três fases:

- I. Fase de idealização do projeto: contou com a participação de todos os profissionais. O espaço físico foi um salão fechado dentro da enfermaria de pediatria, sem contato com os pacientes habitualmente internados na pediatria, com capacidade de quatro leitos (dentro das normas do RDC da Vigilân-

- cia Sanitária). Foram também planejados todos os equipamentos, materiais e recursos humanos necessários para o funcionamento dentro das normas preconizadas pela Vigilância Sanitária, Comissão de Infecção Hospitalar e recomendações da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
- II. Fase de Implantação: realização das obras na unidade, contando com ar condicionado, pintura interna com temas infantis (ver Figuras 1 e 2) e tons suaves, aparelho de som para musicoterapia, poltronas coloridas para descanso dos familiares. Compra de todos os aparelhos para ventilação mecânica e monitorização. Os familiares participaram ativamente nas reuniões de implantação com sugestões e acompanhamento das obras e acabamentos.
 - III. Fase de transferência dos pacientes: após concordância dos pais dos pacientes escolhidos, a transferência ocorreu, com dois pacientes/dia, em dois dias. A equipe multiprofissional iniciou o atendimento habitual e os novos projetos desenvolvidos pelas especialidades foram aplicados aos pacientes.
 - IV. Fase de análise dos resultados: depois de seis meses do processo, as análises estatísticas e questionários foram aplicados.

Quadro 2. Questionário UTI Pediátrica x UCEP

	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Péssimo
1. Conforto					
1.1 Para o paciente UTI					
1.1 Para o paciente UCEP					
1.2 Para o familiar UTI					
1.2 Para o familiar UCEP					
2. Privacidade					
2.1 Quanto ao espaço físico/ambiente UTI					
2.1 Quanto ao espaço físico/ambiente UCEP					
2.2 Para o paciente e familiares UTI					
2.2 Para o paciente e familiares UCEP					
3. Cuidado Multiprofissional/Vínculo com profissional					
3.1 Médicos UTI					
3.1 Médicos UCEP					
3.2 Enferm. UTI					
3.2 Enferm. UCEP					

3.3 Físio UTI					
3.3 Físio UCEP					
3.4 Nutrição UTI					
3.4 Nutrição UCEP					
3.5 Psicologia/S. Social UTI					
3.5 Psicologia/S. Social UCEP					
4. Ambiente/Suporte tecnológico					
4.1 Instalação UTI					
4.1 Instalação UCEP					
4.2 Silêncio UTI					
4.2 Silêncio UCEP					
4.3 Aparelhos UTI					
4.3 Aparelhos UCEP					
4.4 Luminosidade (janelas/luz ambiente) UTI					
4.4 Luminosidade (janelas/luz ambiente) UCEP					

Houve queda no número de pacientes crônicos na UTIP de quatro para zero. Os quatro leitos da UCEP foram ocupados nas primeiras 48 horas. Outros dois pacientes crônicos foram transferidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a UTIP, na segunda semana de criação da UCEP, mas, mesmo assim, a queda de pacientes crônicos foi de 50%. Os Gráficos 1 e 2 mostram os resultados em relação ao aumento da rotatividade da UTIP.

Houve queda de 43% na média de permanência (em dias) na UTIP e aumento significativo no número de internações por mês, com aumento de mais de 100%³. É importante ressaltar que esses números significativos foram possíveis mesmo com a admissão de mais

dois pacientes crônicos na UTIP, ou seja, os resultados poderiam ser ainda mais significativos sem este fator de interferência. De qualquer maneira, a UCEP conseguiu também aumentar secundariamente a rotatividade dentro da UTI neonatal, com a alta de dois pacientes crônicos dessa unidade.

Quanto a satisfação dos familiares, houve número significativamente maior de excelente e ótimo na UCEP, (cerca de 2,5 vezes mais notas excelente e ótimo em relação a UTIP) (Gráfico 3). Esses votos foram mais significativos nos itens conforto, privacidade e ambiente/suporte tecnológico. Os votos em relação à equipe multiprofissional não apresentaram alterações significativas.

Figura 1. Imagens da UCEP

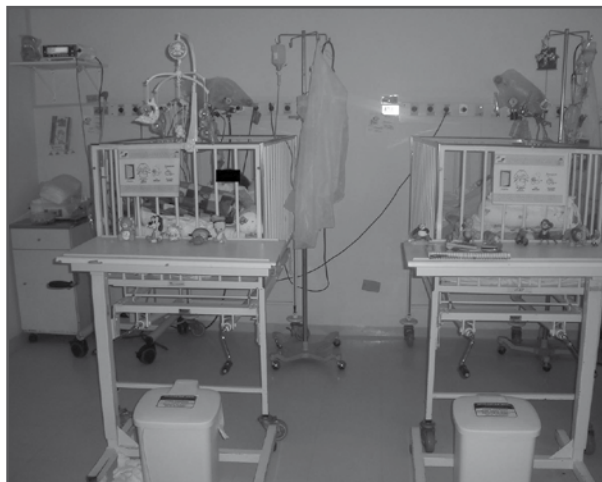


Figura 2. Imagens da UCEP



Gráfico 1. Média de permanência em dias no período pré e pós UCEP

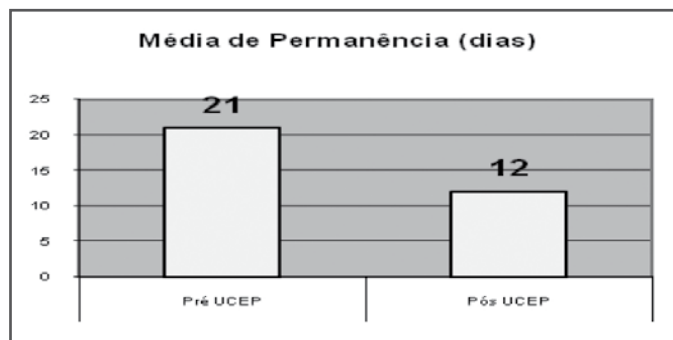
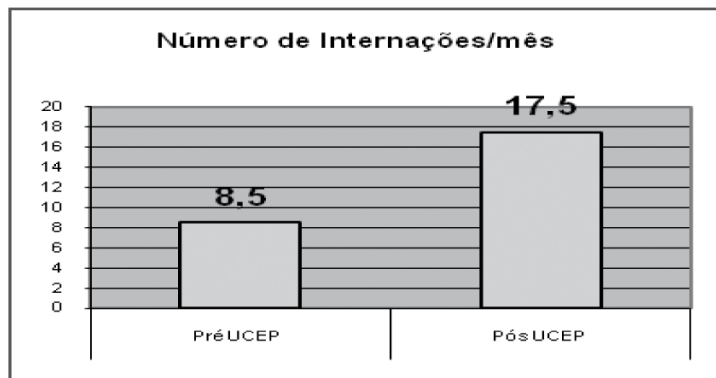
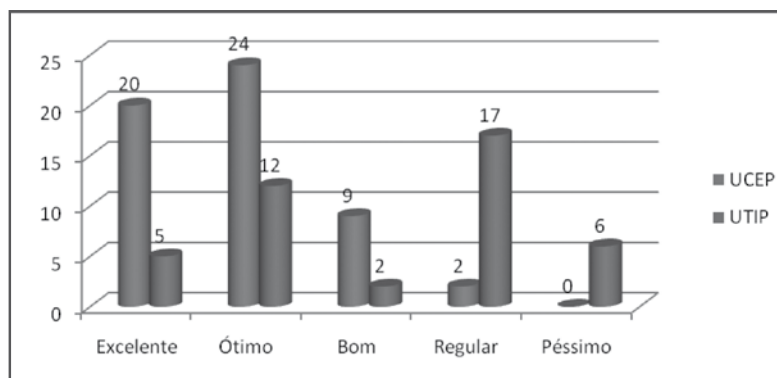


Gráfico 2. Número de internações/mês da UTIP no período pré e pós UCEP**Gráfico 3.** Resultado do questionário de avaliação do grau de satisfação dos familiares dos pacientes crônicos na UTIP e UCEP

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A UCEP atingiu seus objetivos, tanto na melhora da rotatividade da UTIP, como na satisfação dos familiares e profissionais. A UCEP mostrou ser possível a quebra de paradigmas, como a necessidade incontestável de um paciente com encefalopatia grave, dependente de ventilação mecânica, ter que ficar necessariamente em

UTIP. Mostrou também que, além de viável, essa unidade pode fornecer melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares, inimagináveis dentro do ambiente de uma UTIP. A individualização do cuidado por parte de cada membro da equipe multiprofissional também possibilita melhora na capacidade de resposta positiva à reabilitação, devendo ser avaliada no longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Brierley J et al. 2007 American College of Critical Care Medicine clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock. *Crit Care Med* 2009; 37:00-33.
2. Cremer R, Leclerc F, Lacroix J, Ploin D and the GFRUP. Chronic Diseases in PICU Group. Children with chronic conditions in pediatric intensive care units located in predominantly French-speaking regions: Prevalence and implications on rehabilitation care need and utilization. *Crit Care Med* 2009; 37:1456-62.
3. Almeida JF. Estatísticas da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 2002-2009. Dados não publicados.
4. Specifications manual for national hospital quality measures - ICU. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 2008.

O hospital pelo olhar da criança

Aide Mitie Kudo^I
Priscila Bagio Maria Barros^{II}

Resumo

O projeto “O Hospital pelo Olhar da Criança”, organizado pelo Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tem como objetivo abordar a hospitalização infantil, a partir da percepção da própria criança. No período de 2007 a 2009 foram coletadas mais de 300 frases de crianças falando sobre sua hospitalização, os procedimentos e as restrições decorrentes dos tratamentos. Foram também coletadas cerca de 600 imagens fotográficas, produzidas pelas próprias crianças, que registraram cenas do ambiente hospitalar. Esse trabalho oferece ao profissional da saúde elementos importantes que o auxiliam na sensibilização e compreensão do universo da criança hospitalizada, em busca de uma assistência cada vez mais humanizada.

Palavras-chave: Humanização da assistência, hospitalização infantil, terapia ocupacional

^IAide Mitie Kudo (aide.kudo@icr.usp.br) é terapeuta ocupacional do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – FMUSP.

^{II}Priscila Bagio Maria Barros (priscila.bagio@icr.usp.br) é terapeuta ocupacional do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – FMUSP.

INTRODUÇÃO

O crescente avanço do conhecimento científico, da tecnologia no diagnóstico e dos recursos terapêuticos, certamente, contribui para a expansão do atendimento à saúde da população, com a implantação de novos procedimentos de tratamento. Em muitos hospitais, o arsenal tecnológico e clínico qualifica-o como sendo um ótimo hospital, tendo como foco o tratamento das diversas patologias⁴.

Em contrapartida, as relações interpessoais no atendimento ao paciente tornaram-se cada vez mais distantes, implicando na despersonalização e exclusão do paciente no processo de atenção à saúde⁷.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) destaca alguns pontos importantes para a melhoria das relações interpessoais na assistência ao paciente: a valorização dos sujeitos implicados no processo de saúde; promoção da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas das relações; construção de espaços de encontro entre os sujeitos envolvidos no processo de saúde; fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações e implantação de sistemas de escuta qualificada para usuários².

A melhoria da qualidade na assistência ao paciente deve, portanto, compreender não somente os avanços tecnológicos, mas também a capacidade do profissional em compreender o paciente como ser humano permeado de sentimentos, desejos e dúvidas, permitindo que seja o sujeito do seu processo de tratamento.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho “O Hospital pelo Olhar da Criança”, organizado pelo Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi abordar a hospitalização de crianças, a partir da percepção dos próprios pacientes. É o olhar da criança e não um olhar sobre ela, de forma que ela possa ser ouvida, reconhecida e respeitada enquanto um ser que compreende o mundo de forma diferente do adulto³.

Ter os ouvidos atentos para escutar o que a criança diz, e perceber como ela compreende e sente os processos que envolvem a hospitalização, é dar a ela o direito de ser a protagonista de sua doença, de sua dor, de sua história; é reconhecer que cada criança é capaz de saber e dizer qual o significado da sua enfermidade e do momento que está vivenciando no hospital, suas restrições e possibilidades⁵.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada consistiu em anotar as frases e diálogos dos pequenos pacientes internados nas enfermarias do hospital. As frases dos pacientes surgiam naturalmente dentro de sua rotina diária, durante as atividades desenvolvidas na brinquedoteca, nos atendimentos terapêuticos ocupacionais ou mesmo durante as refeições, não havendo roteiros ou entrevistas pré-estabelecidas. Em seguida, essas frases foram agrupadas de acordo com os temas encontrados e que se repetiam quanto ao seu conteúdo: o hospital, os procedimentos e as medicações, a alimentação, os profissionais do hospital, a brinquedoteca hospitalar, dentre outros.

Em uma segunda etapa, foram coletadas imagens fotográficas produzidas pelas próprias crianças. Durante a internação, os pacientes munidos de máquinas fotográficas visitaram diversas áreas do hospital com o intuito de registrar as cenas hospitalares. Foi uma experiência inovadora para as crianças que puderam lidar com um material diferente do seu cotidiano.

Não foram realizadas análises etnográficas ou de discurso, já que o enfoque do trabalho foi expor a realidade da internação hospitalar com as palavras e percepções dos próprios pacientes, sem a necessidade de inferir sobre seu significado.

RESULTADOS

No total foram coletadas mais de 300 frases e 600 imagens fotográficas. De acordo com o conteúdo apresentado, as frases foram divididas nos seguintes temas:

1. O Hospital

Trata principalmente das alterações do cotidiano e adaptação às rotinas hospitalares, e as repercussões físicas e emocionais que a criança e seus familiares vivenciam⁶. Exemplos:

- “A primeira coisa que vou fazer quando chegar lá em casa é ver meu cachorro ‘Chocolate’, eu não esqueci dele, será que ele vai lembrar de mim?” Valéria (11 anos)
- “Eu “tô” com bichinho no cateter... vai demorar pra ir embora. Eu não chorei para tomar “vanco”. A “vanco” é pra matar o bichinho... o bichinho morre pra eu ir pra casa.” Rafaela (3 anos)
- “Os médicos nunca esconderam nada de mim, falam logo o que precisa ser feito. A única coisa que me incomodou foi ter que ficar duas vezes na UTI, mas ninguém gosta de ficar na UTI. Fui pra UTI não porque estava morrendo, mas para ter cuidados especiais.” Aline (16 anos)

– “Eu acho o hospital bom, não “pera” eu acho ruim... eu acho ruim porque eu fico longe da minha casa. Eu acho bom porque todo mundo é legal! Mas eu gosto mais da minha casa porque não tem enfermeira.” Anderson (8 anos)

– “Eu trato aqui desde que nasci. O hospital mudou muito desde que eu comecei me tratar aqui. Agora tem tia pra brincar com a gente e tem até computador. O que eu mais gosto aqui são os médicos (da pneumologia), pois eles tratam a gente como se fossemos seus filhos. Quando estou aqui sinto saudades dos meus passarinhos, fico pensando se meu pai está cuidando deles. Eu queria que mudasse o uniforme das enfermeiras, as cores podiam ser mais alegres. As crianças se assustam com o branco.” Renato (18 anos)

– “Essa roupa do Instituto é muito folgada, deveria ter outras mais apertadas e cor de rosa.” Jacqueline (15 anos)

2. Os procedimentos

Diariamente os pacientes são submetidos a exames e procedimentos, os quais, muitas vezes, são invasivos e dolorosos. A necessidade de realização dos mesmos na busca pela recuperação da saúde gera, aos poucos, aceitação por parte das crianças, que com o tempo se tornam “autoridades” no assunto e conseguem explicar a função e importância dos mesmos à sua maneira⁶:

– “Há duas coisas que eu preciso pra viver: lápis para olhos e insulina; primeiro o lápis... depois a insulina.” Aline (15 anos)

– “Eu fui lá na salinha [do exame de ultrassom] e colocaram um gel gelado na minha barriga. Eu vi minha barriga na televisão e só tinha feijão lá dentro!” Raphael (6 anos)

“A farmacêutica perguntou para Marcos Paulo:

– Você gosta de remédio?

Marcos Paulo respondeu:

– Gosto.

Todos riram e disseram duvidar do que ele falou.

Então Marcos completou sabiamente:

– Do remédio eu gosto, eu só não gosto de tomar!!!” Marcos Paulo (10 anos)

“Atadura – Pra enfaixar curativos, pra enfaixar uma veia quando a criança quer arrancar.

Maca – Pras crianças deitarem; quando a criança vai pro Centro Cirúrgico, quando vai pra biópsia ela desce sonolenta então vai na maca.

Remédio – é uma coisa pra melhorar a gente e as dores.

Soro fisiológico – Pra fazer inalação, pra lavar as veias”. Allan (10 anos)

“Anestesia – É uma agulha que serve para furar. E ficar dormindo.

Inalador – Inalação para respirar bem.

Scalp – É uma agulha que pica. Nós somos picados quase todo dia.

Esparadrapo – Serve para colar o braço. E fazer curativos.

Aparelho de pressão – Para medir a pressão, pra ver se está com pressão alta.

Raio-X – É pra ver o peito, ver a barriga, ver a perna ...” Aurélio (15 anos)

3. A alimentação

A dificuldade em aceitar uma dieta diferente da usual, em especial aquelas que restringem a ingestão de algum tipo de alimento, geralmente, leva a recusas e conflitos no tratamento da criança e do adolescente. A alimentação tem diversas representações em nossas vidas, além do simples ato de comer, e deixar de escolher o alimento. A quantidade, o horário da refeição e até mesmo os diferentes preparos são elementos que comprometem a adesão dos pacientes ao tratamento. Assim como os procedimentos, aos poucos, pode haver conscientização sobre essas mudanças, o que não impede os pacientes de se expressarem sobre o assunto⁶:

– “Por que servem um tipo de pão sem sal para os pacientes que não podem comer sal que nem as enfermeiras têm coragem de experimentar?” Wesley (13 anos)

– “Se o meu médico me dá só legumes no almoço, é que ele só come legumes no almoço.” Raphael (8 anos)

– “Somos bem servidos (referindo à alimentação do hospital), vem alimento de três em três horas, não dá nem tempo de fazer digestão!” Maria Juciléia (12 anos)

“A recreacionista estava entregando as lembrancinhas do Dia das Crianças quando Ariê, perguntou curioso:

– Tem doce?

Ela respondeu:

– Não, para isso tem que pedir para a Nutrição.

E ele respondeu, indignado e dramático:

– Tá vendo, por isso a gente fica doente. Pedimos doce para as mães e elas não dão; daí a gente vem se internar no hospital.” Ariê (10 anos)

4. As amizades

As vivências da hospitalização criam relações fortes entre aqueles que compartilham situações similares, além do tempo relativamente longo em que alguns

convivem. Mesmo após a alta hospitalar o contato pode não ser interrompido, como, por exemplo, nos dias de retornos ambulatoriais. Eis algumas experiências⁶:

– “A Tainá é minha amiga há 6 anos. Hoje ela está na UTI porque ela fez transplante... fiquei cuidando da boneca da Tainá, enquanto ela se recupera.” Laleska (10 anos)

– “Estou de alta. Estou feliz porque vou embora, mas estou triste porque estou deixando as pessoas que eu gosto.” Luana (11 anos)

– “Aqui consegui duas amigas: A Bia e a Amanda, elas me ligam e a gente mata a saudade.” Mayara (10 anos)

“A terapeuta ocupacional entrou na brinquedoteca e anunciou aos que estavam presentes:

– O Marcos foi para a cirurgia.

Pallôma contou sobre o que tinha feito:

– É, eu dei um beijo nele. Eu sempre dou um beijo. É para dar boa sorte!” Pallôma (14 anos)

5. A escola no hospital

No Instituto da Criança, os pacientes são considerados crônicos por serem portadores de patologias de alta complexidade, ou seja, permanecem em acompanhamento buscando a estabilidade do quadro clínico, não necessariamente a cura da doença. Por esse motivo, a maioria passa por diversas internações ou fica um tempo prolongado hospitalizado, quando da agudização do quadro clínico.

O Conselho Nacional de Educação, a partir das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, garante que “os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio⁷”. As denominadas Classes Hospitalares já estão em pleno funcionamento e garantem o direito dos pacientes à educação, evitando a defasagem quanto aos conteúdos programáticos e eventual evasão escolar⁶.

“João Victor, proveniente do Rio de Janeiro, internado para a realização de um procedimento, tem a alta hospitalar programada para a próxima semana. Todas as tardes o encontrávamos no corredor da enfermaria, com o caderno e o lápis na mão, esperando a professora da Classe Hospitalar chegar. Naquele dia ele parecia ansioso e perguntamos o que estava acontecendo, e ele respondeu:

– É que eu preciso aprender a ler e escrever em uma semana!!!” João Victor (7 anos)

“A recreacionista chegou na enfermaria e perguntou à Isabella o que ela queria fazer. Recebeu uma resposta bem animada:

– Eu vou estudar, estudar e estudar.” Isabella (8 anos)

– “Professora, nós não vamos pra aula hoje porque temos a declaração do nosso médico que estamos doentes aqui no hospital... e quando está doente, não pode ir pra aula! Maria Juciléia (12 anos) e Gisele (15 anos)

6. A brinquedoteca

As restrições e obrigações decorrentes da hospitalização não permitem que se façam escolhas no tratamento, como optar por tomar ou não uma medicação, na busca pela recuperação da saúde. O espaço da brinquedoteca é reservado à vivência da autonomia pela criança e adolescente. É o local no qual ela poderá vivenciar, durante a recreação, a possibilidade de exercer sua autonomia, desde pequenos atos, como escolher a brincadeira ou a cor que pintará seu desenho. Até mesmo as respostas negativas são respeitadas durante as atividades.

Além do espaço físico, a preparação da equipe deve ser privilegiada, de forma a conhecer as necessidades e explorar a potencialidade e criatividade de cada criança⁶. Exemplos:

“A recreacionista perguntou ao Gabriel, que adora a Brinquedoteca:

– À tarde você vai vir aqui na salinha?

– Depende – respondeu ele.

– Depende do quê? Da sua vontade ou da medicação? – quis saber a recreacionista.

– Da medicação, lógico, porque se fosse da minha vontade, eu ficava o dia inteiro aqui, nem almoçava!” Gabriel (10 anos)

“Allan entrou na brinquedoteca e falou para a recreacionista:

– Tia, “tô” estressado, quero fazer alguma coisa!

– É pra já – ela respondeu, e logo providenciou uma atividade para aliviar o estresse dele.” Allan (9 anos)

“Vinicius foi até a brinquedoteca e quis levar um brinquedo para o quarto (o vai-e-vem). A mãe lhe perguntou:

– Filho, como você vai jogar se está com acesso na mão? – referindo ao acesso venoso usado para administrar a medicação.

Ele respondeu sem hesitar:

– Eu coloco um na mão e outro no pé!” Vinicius (3 anos)

“E o nosso amigo Douglas também deixou sua impressão:

– Eu gostei de ficar aqui, passar as “férias” no hospital. As tias da recreação não deixam a gente parado, minha sacola “tá” indo cheia de atividades que eu fiz aqui.” Douglas (9 anos)

7. Os profissionais

Com a evolução da medicina e das técnicas de tratamento, outros profissionais foram incorporados às equipes hospitalares, agora denominadas multiprofissionais. O atendimento integral e humanizado busca o restabelecimento mais rápido dos pacientes, visando à diminuição do tempo de internação.

A compreensão do papel de cada profissional auxilia as crianças a terem um conhecimento maior acerca do funcionamento do hospital, no qual todas as ações são voltadas para a promoção da assistência e bem-estar do paciente. Sua compreensão das atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar pode auxiliar com uma maior colaboração durante o tratamento⁶, como vemos a seguir:

“Copeiro/Cozinheiro – tem a função de fornecer o alimento que vem da cozinha; obedece a nutricionista; faz as comidas “sob medida” e os pedidos extras, e também as mamadeiras. Entrega a comida nos leitos e troca a comida quando queremos; guarda a comida nos devidos lugares, ou seja, na geladeira; cozinha para os pacientes e para os acompanhantes.”

“Enfermeira e Auxiliar – dão “picadas”, remédios e medicamentos com muita atenção; veem os relatórios e exames, e fazem os “controles”; perguntam se a gente fez xixi ou cocô hoje. Põe o termômetro, “pega” veia, faz exame de sangue e dá injeção. Cuida de nós, mede nossa “P.A.”, vê nossa temperatura, pergunta o que nós comemos ou não.”

“Equipe do Laboratório – olha o sangue para ver se tem alguma alteração ou não, depois manda para os médicos para análise.”

“Equipe da Limpeza – limpa e tira a sujeira; organiza o hospital; o trabalho deles é muito importante porque se não fizessem a faxina poderíamos pegar infecção hospitalar forte.”

“Equipe da Manutenção – conserta o que quebra; cuida do elevador; dá vida aos objetos; se o oxigênio acaba ele vem arrumar, e se a lâmpada queimar ele vem trocar; é o “médico dos eletrônicos”.”

“Farmacêutico – fornece os remédios; os médicos pedem os remédios pelo computador e tiram as dúvidas com eles pelo telefone; empacota os remédios e faz injeções. Cuida da farmácia e dos remédios, nos dá os remédios certos quando precisamos.”

“Médico – é o salva-vidas das crianças; dá o remédio que faz a gente melhorar; faz a gente tomar injeção; examina a gente pra ver a doença; e melhora os problemas. Cuida da gente, ouve o coração e o pulmão, olha a barriga e vê se está doendo. Checa nossos exames, nos dá alta quando estamos bons, cuida da saúde das pessoas/pacientes, se reúne para discutir os nossos problemas; diz o que é bom ou não para nós. Ele passa receita de medicações, prescreve soros novos; quando a pressão está alta ele vai e coloca no soro, quando está baixa ele vai e tira.”

“Recursos Humanos – cuida dos funcionários, dos documentos, faz crachá, arruma vale-transporte e vale-refeição; as enfermeiras tomam conta dos pacientes e o RH toma conta dos funcionários.”

8. Os voluntários

Como estratégia de humanização a presença de voluntários no hospital auxilia a complementar as atividades recreativas e a “quebrar” a rotina institucional tanto para pacientes quanto para acompanhantes e funcionários⁶. E nas palavras das próprias crianças:

– Eu vi os palhaços, mãe! E aqui não é o circo! – referindo aos Doutores da Alegria que estavam chegando para “atender” as crianças.” Ana Carolina (3 anos)

“Enquanto Kauane estava fazendo uma atividade, veio com essa idéia:

– Hoje os Doutores da Alegria fizeram uma mágica. Se eu pudesse fazer uma mágica, me levava para casa!!!” Kauane (7 anos)

“O voluntário Fábio perguntou ao Vinicius enquanto este pintava com tinta:

– Vinicius, o que você quer ser quando crescer?

Vinicius ficou pensativo. Então Fábio falou para a mãe:

– Ele vai ser um artista!

Vinicius olhou bem para ele e respondeu em seguida:

– Eu vou ser arteiro!” Vinicius (3 anos)

– “Quando eu crescer, eu quero ser pintor, desenhista e voluntário do Hospital das Clínicas... desse hospital, não é de outro não.” Raphael (8 anos)

9. Criança diz cada uma...

Frases espontâneas e engraçadas também fazem parte do cotidiano dos pacientes internados, pois, mesmo doentes e em meio de adversidades, não deixam de ser crianças e nos ensinar com sua alegria e espontaneidade. Exemplos:

“Talita, muito ativa, chegou correndo à sala de recreação. A recreacionista disse:

– Esta menina é ligada no 220. Onde está o botãozinho que te desliga?

Ela disse:

- Está aqui - apontando para o cateter usado para administrar a medicação." Talita (6 anos)

"Todos estavam na Brinquedoteca quando um bombeiro passou pelo corredor carregando um extintor de incêndio. A recreacionista disse:

- Gente... um bombeiro! O que será que aconteceu? Leonardo disse prontamente:

- Será que o hospital "ta" pegando fogo? Êba!!! Aí vamos todos embora!" Leonardo (11 anos)

"Gabriel ao ver duas jovens médicas residentes passando no corredor disse:

- Nossa! Por que será que a cada dia que passa a medicina está ficando tão "nova"?

A recreacionista indagou:

- Daqui a pouco vai ter paciente namorando médica, né?

E ele respondeu:

- Ah! Tomara que esse dia chegue logo!" Gabriel (19 anos)

CONCLUSÃO

Sabe-se que é difícil traduzir em palavras os gestos, as indagações e as demonstrações de tristeza e alegria demonstradas pelas crianças. Mesmo assim, foi possível perceber em suas palavras várias expressões verbais sutis, questionadoras e engraçadas, retratando a realidade vivenciada, tudo isso de forma simples, poética e irreverente.

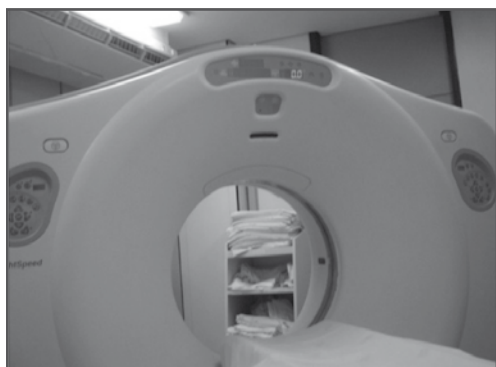
Este trabalho oferece aos profissionais de saúde subsídios importantes para que possam compreender melhor o universo da criança hospitalizada, em busca da assistência cada vez mais sensível, consciente e humanizada.



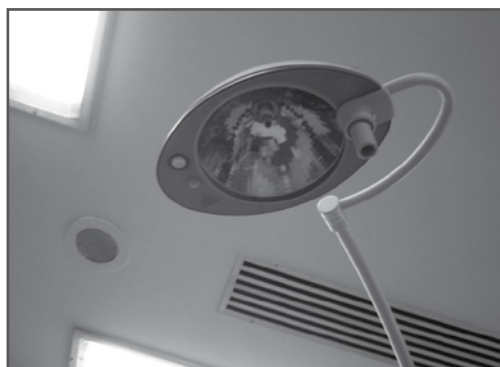
Erika - 17 anos



Jessielen - 14 anos



Douglas - 9 anos



Maria Juciléia - 12 anos



Thais - 12 anos



Vitor - 4 anos



Gleison - 7 anos



Ana Carolina - 12 anos

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 02, de 11 de setembro de 2001. Institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em: www.portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.
2. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/>.
3. Ceccim RB, Carvalho PRA, organizadores. Criança Hospitalizada: Atenção Integral com Escuta à Vida. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS; 1997.
4. De Carlo MMRP, Bartalotti CC, Palm RDCM. A Terapia Ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: De Carlo MMRP, Luzo, MCM, organizadores. Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Editora Roca; 2004: 3-28.
5. Korczak J, Dallari DA. O direito da criança ao respeito. São Paulo: Summus Editorial; 1987.
6. Kudo AM, Maria PB. O hospital pelo olhar da criança. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009.
7. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente; 1996.

Atenção integral à criança, adolescente e famílias em situação de violência doméstica no ambulatório de saúde do Programa Aquarela – São José dos Campos (SP)

Ana Carla Figueiredo Pinto¹

Fátima Aparecida Ribeiro²

Resumo

A violência é um problema de saúde pública. Este artigo apresenta reflexões baseadas na atuação profissional das autoras no Programa Aquarela – São José dos Campos (SP), dedicado à atenção de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de Violência Doméstica. Os conceitos da integralidade e da vulnerabilidade e os princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) são sugeridos como eixo estruturante da atuação dos profissionais de saúde nesse programa. A complexidade das questões envolvidas nas situações de violência implica fazer o sistema superar a tradicional abordagem de atuar sobre as lesões, e transferir para outros setores (justiça e assistência social) as questões que as determinam, bem como implementar uma atenção integral e desenvolver estratégias para integrar diferentes instituições, no sentido de reduzir as vulnerabilidades a que estão expostos os indivíduos em situação de violência. Nestas situações, a ação interdisciplinar é fundamental para reconhecer as subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo da assistência e identificar as questões sociais e relacionais que necessitam ser explicitadas e encaminhadas. Os procedimentos realizados no ambulatório, o exame físico minucioso, a compreensão da dinâmica familiar, a discussão interdisciplinar para definir as intervenções e as parcerias necessárias com a rede intersetorial, primária ou secundária de proteção, vão além das tradicionais e específicas do saber médico.

Palavras-chave: Violência doméstica, humanização, atenção integral às famílias

¹Ana Carla Figueiredo Pinto (anacfpinto@uol.com.br) é médica pediatra e hebiatra do Programa Aquarela – São José dos Campos (SP).

²Fátima Aparecida Ribeiro (fatima_ribeiro09@hotmail.com) é médica sanitária do Programa Aquarela e do Grupo de Vigilância Epidemiológica da SES-SP.

INTRODUÇÃO

A violência é um tema complexo, permeado por questões da vida individual e coletiva. Sempre presente na sociedade, assume diferentes faces de acordo com o contexto que emerge, provocando rupturas no tecido social e determinando transformações na vida individual e comunitária.

No campo da saúde, desde a década de 60, a violência interpessoal é apontada, inicialmente pelos pediatras, como danosas, para o desenvolvimento físico e mental dos indivíduos envolvidos. Mais recentemente, são reconhecidas as diferenças no padrão de morbidade e mortalidade nos grupos atingidos por lesões provocadas por atos violentos e acidentes⁴.

Em 2001, após ampla discussão com seguimentos da sociedade civil e comunidade científica, o Brasil assume que a violência é um problema de saúde pública, e o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, propondo ações integrais e intersetoriais para enfrentamento do problema⁴.

Se quiser, de fato, atuar sobre este agravo, o sistema público necessitará de intervenções mais capacitadas e eficazes quanto à atuação profissional, organização e gestão dos processos de trabalho, bem como quanto ao modelo de atenção referendado na biomedicina, que não reconhece o indivíduo na sua totalidade e inserido num contexto social, desafios não totalmente enfrentados pelos sistemas público e privado.

A complexidade das questões envolvidas nas situações de violência implicará: superar a tradicional abordagem de atuar sobre as lesões e transferir para outros setores (justiça e assistência social) as questões que as determinam; realizar uma atenção integral e desenvolver estratégias para integrar diferentes instituições no sentido de reduzir as vulnerabilidades a que estão expostos os indivíduos em situação de violência. Nestas situações, a ação interdisciplinar é fundamental para reconhecer as subjetividades dos sujeitos envolvidos

⁴Programa Aquarela – São José dos Campos (SP) é referência municipal para atenção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de Violência Doméstica e Sexual (VDSCA). O programa é uma iniciativa do poder público municipal (Secretaria de Desenvolvimento Social e de Saúde) e da Fundação Helio Augusto de Souza - SJC-SP. Um pacto intersecretarias define atribuições de cada setor envolvido com o objetivo somar esforços para reduzir as vulnerabilidades das famílias. Desde 2000, atende casos encaminhados pelo Conselho Tutelar e pela Vara da Infância e Juventude.

no processo da assistência e identificar as questões sociais e relacionais que necessitam ser explicitadas e devidamente encaminhadas.

Portanto, o sistema de saúde, para realizar esta proposição, deverá enfrentar grandes desafios, entre eles a formação e a educação continuada dos trabalhadores, bem como a insatisfação da opinião pública quanto à atuação profissional desrespeitosa e mesmo violenta. Em artigo recente, Galheigo, ao abordar esta questão, instiga-nos a pensar se “há fôlego no setor de saúde para realizar as capacitações de recursos humanos necessárias para a garantia o enfrentamento da violência de forma sensível, humanizada e não estigmatizante”.

Como então preparar os sujeitos para esta abordagem que considera a violência como questão de saúde e resultado de múltiplas determinações? Como romper a indiferença e o afastamento dos profissionais das dimensões subjetivas presentes nas demandas por atenção decorrente das violências sofridas e não explicitadas? Como romper com o isolamento das instituições públicas na formulação de estratégias para potencializar e articular ações que possibilitem resgatar direitos violados?

Neste artigo, apresentamos reflexões de profissionais de saúde envolvidos na assistência às famílias em situação de Violência Doméstica contra Criança e Adolescente (VDCCA) no Programa Aquarela, em São José dos Campos (SP)^{III}.

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência é um problema de saúde pública. Quando as vítimas são crianças e adolescentes, sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento⁵, as repercussões para a sociedade são maiores, pois os danos à saúde comprometem seu pleno desenvolvimento.

Define-se VDCCA como:

todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado na transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, ou seja, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (Azevedo, 1998).

As modalidades de VDCCA são essencialmente:

- Física: caracteriza-se pelo emprego da força física nas relações interpessoais, quando utilizada como

subjugação ou para resolução de conflitos, mesmo justificada, ou como método educativo (imposição de limites). Varia desde uma palmada até o espancamento, podendo chegar à morte.

- **Negligência:** é a omissão em prover as necessidades básicas: físicas, emocionais, educacionais, higiênicas, de saúde da criança ou adolescente, salvo quando atrelada à situação socioeconômica precária da família, sendo, então, todos vítimas da violência estrutural fora de seu controle. Inclui a falha na supervisão e proteção aos acidentes domésticos. Sua forma extrema seria o abandono.
- **Sexual:** é o contato erotizado, físico ou não, entre a criança/adolescente e a outra pessoa para obtenção exclusiva de prazer desta pessoa, ficando a criança/adolescente como objeto de gratificação das necessidades sexuais deste outrem. É obtida mediante ameaças, coação psicológica ou física, sedução ou exploração econômica. A violência sexual pode variar desde o exibicionismo/*voyeurismo*, produção de material pornográfico, até a manipulação dos genitais, sexo oral, anal, vaginal ou práticas masturbatórias. O incesto é uma modalidade de violência sexual, seja qual for a prática, que se caracteriza por ocorrer entre a criança/adolescente e um parente próximo, consanguíneo ou por afinidade, isto é, por pessoas que convivem próximos a criança/adolescente e estabelece relações de afeto e confiança.
- **Psicológica:** geralmente está associada às outras modalidades de violência, mas pode ser isolada. Ocorre quando se utilizam expressões verbais ou

corporais de desprezo, humilhação, desmotivação, desmerecimento, levando a um forte abalo da autoestima da vítima. Nesta modalidade, esta incluída a Síndrome de Alienação Parental^{IV}.

Os danos provocados pela VDCCA são inúmeros, físicos, emocionais/psíquicos e sociais. Algumas condições interferem na gravidade: a idade do autor da violência e a da vítima; a relação existente entre eles; as características de personalidade da criança/adolescente; a duração e frequência das agressões; o tipo e gravidade do ato praticado; e a reação do meio em que a vítima está inserida. O pacto do silêncio é muito comum nos lares onde ocorre VDCCA. A paralisação ou impotência do responsável/familiares, os quais deveriam proteger a vítima do agressor, desconsidera os sinais e/ou as queixas implícitas ou explícitas da criança/adolescente e agrava a violência cometida. Muitas são as “justificativas” para este silêncio. Por isso, o trabalho em VDCCA deve envolver toda a família num cuidado interdisciplinar para romper com a dinâmica abusiva e, assim, reconstruir novas relações parentais.

ATENÇÃO INTEGRAL E A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS NA VDCCA

Fazemos aqui referência ao princípio da integralidade do SUS^{8,11}, ao conceito de vulnerabilidade¹ e à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)³.

A integralidade foi introduzida no ideário constitucional e legal do SUS no contexto do movimento pela reforma sanitária brasileira, em oposição às práticas e à organização das instituições de saúde, à baixa resolutividade e à atuação profissional impessoal e desumanizada vigentes³. No entanto, a integralidade como conceito comporta diferentes noções e vem sendo historicamente construída.

O conceito da integralidade é utilizado para apontar a necessidade de articular as ações curativas e preventivas, para designar a necessidade de integração das ações nos níveis de atenção do sistema, e para apontar a necessidade de a atuação profissional contemplar a totalidade do indivíduo (biopsicossocial e espiritual), e as condições socioestruturais que determinam o processo de adoecimento^{8,11}. Assim, o conceito/princípio da integralidade passa a ser utilizado como eixo transversal e estruturante para orientar as mudanças nas práticas e na organização do sistema de saúde a fim de contemplar as demandas por atenção e as necessidades de saúde^V.

^{IV}Termo proposto por Richard Gardner, em 1985, para a situação em que a mãe ou o pai de uma criança a treina para romper os laços afetivos com o outro, criando fortes sentimentos de ansiedade e temor em relação ao outro genitor. Os casos mais frequentes da Síndrome da Alienação Parental estão associados a situações onde a ruptura da vida conjugal gera, em um dos genitores, uma tendência vingativa muito grande, pois como não consegue elaborar adequadamente o luto da separação, desencadeia um processo de destruição, vingança, desmoralização e descrédito do ex-cônjuge, utilizando o filho como instrumento de sua agressividade direcionada ao parceiro.

^VAs necessidades de saúde, nos textos de referência no SUS, designam situações-problemas identificadas pela análise de bancos de dados, estudos epidemiológicos e outros, nem sempre percebidos como necessidade pela população, mas que devem ser objetos de intervenção. Uma vez realizadas, geram mudança no perfil epidemiológico da população.

Se por um lado, os sistemas dispõem de instrumentais (estudos epidemiológicos, bancos de dados, informática e outros) para identificar as necessidades de saúde, o mesmo não acontece com as demandas por atenção. Estas necessitam de instrumentais relativamente simples para solução, mas, do ponto de vista do cuidado, podem exigir uma grande “complexidade assistencial”¹².

No nível primário, as demandas são compostas por diversidade de diagnósticos, imprecisão nas queixas e nos sintomas não relacionados às doenças definidas por alterações anatomopatológicas, e sim, a sofrimentos e circunstâncias que impedem um viver pleno e saudável. São demandas que exigem do profissional uma gama de “tecnologias” não valorizadas pelo saber tecnocientífico da biomedicina, mas que estão relacionadas à capacidade de interagir com o usuário (acolher, escutar e responsabilizar) e estabelecer relações afetivas. Uma comunicação que possibilita apreender nos sinais e sintomas explicitados, os conteúdos não explicitados, que são as

^{VI}O conceito de vulnerabilidade desenvolveu-se articulado às proposições de orientar as ações educativas e assistenciais decorrentes da epidemia de AIDS. Aos poucos vai sendo incorporado para outras situações complexas como a atenção às questões de violência. O conceito pode ser resumido como a chance de exposição das pessoas à infecção e ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais que acarretam a maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Envolve a avaliação articulada de três eixos articulados: individual, social e programática¹.

^{VII}A PNH tem como princípios básicos: transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação; a indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde, entre a política e a clínica, entre o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, através da tríplice inclusão trabalhador/usuário e gestor. Propõe a inclusão de todos os sujeitos nas rodas de conversa, a formação de coletivos para construção de redes e a inclusão de analisadores sociais (apoiadores) para gestão de conflitos. Operacionaliza-se através de: 1-Diretrizes: são orientações gerais na política que expressam o método da inclusão. São elas: clínica ampliada, gestão participativa e democrática, valorização do trabalho e do trabalhador, acolhimento, ambiência, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes, construção da memória do SUS que dá certo. 2-Dispositivos: a atualização das diretrizes em modos concretos de operação. São eles: acolhimento com classificação de risco, sistemas de gestão participativa e cogestão, contratos de gestão, grupo de trabalho em humanização, câmara técnica de humanização, programa de formação em saúde do trabalhador, comunidade ampliada de pesquisa, equipes de referência e de apoio matricial³.

condições que determinam o processo de adoecimento que não têm expressão anatomofisiológica, mas geram impedimentos para prosseguir na vida.

Identificar as vulnerabilidades^{VI} dos usuários é um recurso para apreensão das demandas e necessidades, a fim de orientar as ações interdisciplinares e intersetoriais para reduzi-las¹.

A atenção à VDCCA inicia-se por imposições decorrentes de denúncias ao Conselho Tutelar ou processos em andamento na Vara da Infância e Juventude. A consulta tem como objetivo esclarecer a violência, níveis de gravidade e protetividade dos responsáveis, necessidades da ação assistencial, que não são demandadas pelo usuário, que provocam medos e resistências, dificultando a comunicação. Reconhecer estas situações exige dos profissionais a predisposição para interagir com o usuário, ouvir suas narrativas, sem filtros ou julgamentos, identificar nos conteúdos situações que, ao serem contextualizadas, possibilitam compreender que os atos violentos são os meios utilizados para estabelecer comunicação e instrumentos para educação que não atingem o objetivo e provocam danos no desenvolvimento físico e mental de crianças/adolescentes.

As demandas de saúde são percebidas pelo usuário como imediatas, reconhecendo no profissional de saúde aquele que pode resolvê-las. Ao identificar as demandas por saúde e dar encaminhamentos resolutivos, os profissionais de saúde colaboram para abertura de diálogo, vínculo e confiança com a equipe, o que facilita, posteriormente, abordar as questões relacionais que levam aos atos violentos.

As situações socioeconômicas e dificuldades para acessar bens e serviços interferem e ampliam os fatores intervenientes nas relações abusivas. Deste modo, na atenção à VDCCA, a capacidade, a determinação e o protagonismo do profissional e do serviço em promover a ação intersectorial são fundamentais para organizar os equipamentos de proteção em rede articulada e solidária³, evitando duplicidade e paralelismo das ações. Consequentemente, as políticas públicas são integradas e potencializadas para efetivar e resgatar direitos violados pelas violências.

Portanto, o conceito da vulnerabilidade, e seus eixos constitutivos são recursos que auxiliam o diagnóstico ampliado e a definição do projeto de intervenção para reduzi-las e, assim, atender à expectativa dos usuários e à finalidade da intervenção¹², nesse caso, interromper as situações de violência e reconstituir as relações afetivas.

A PNH^{VII} organiza uma série de conceitos estruturantes para alterar a forma de pensar os modelos de

atenção e gestão das práticas. Propõem novas relações entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores. Introduz analisadores sociais (apoiadores) no cotidiano do trabalho que ofertam ‘instrumentos (diretriz/dispositivos)’ capazes de disparar movimentos de transformação nas práticas de atenção e gestão^{3,9}.

A atenção à VDCCA exige dos trabalhadores uma atenção sensível e humanizada, e não estigmatizante. Um grau de reflexão e preparo continuado, pois na dinâmica assistencial, ‘cuidadores’ e ‘cuidados’ “estão envolvidos em um fenômeno compartilhado, podendo alternar seus papéis entre ‘vítimas e vitimizadores’⁷”. As diretrizes e dispositivos da PNH são recursos auxiliares para refletir sobre estes aspectos da assistência, principalmente, para orientar a inclusão dos usuários no projeto de intervenção.

A diretriz da clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas auxiliá-las a perceber que a doença, mesmo sendo um limite, não as impede de viver outras coisas na vida. Para atingir tal propósito, é necessário incluir o usuário no projeto de intervenção, articular instrumentos da clínica tradicional (biomedicina) que tem como objetivo identificar as irregularidades no corpo anatomofisiológico, e, também, identificar o que o sujeito apresenta de igual e de diferenças, as singularidades, e as subjetividades, sinais e sintomas que só nele se expressam de determinado modo⁹. Isto é possível quando abrimos espaço para comunicação e participação, criando situações para reconhecer o potencial dos saberes dos sujeitos envolvidos, e envolve-los corresponsabilizando-os na formulação do projeto terapêutico. Assim, os recursos dos usuários são reconhecidos como potencialidades, que, associadas ao saber técnico do profissional, possibilitam a atenção integral e humanizada.

Mas como fazer? Alguns recursos e estratégias são sugeridos: uma escuta qualificada, acolhimento de toda queixa ou relato, mesmo que possa parecer desinteressante para o diagnóstico e tratamento. A escuta qualificada pressupõe a circulação de afetos para estabelecer vínculos, respeitar e ajudar o usuário a reconstruir os motivos que ocasionaram o adoecimento, articulá-los às situações de violências sofridas, estabelecendo correlações entre o que sente e a vida, reconhecendo a corresponsabilidade e não a culpa diante das situações trazidas para a dinâmica assistencial.

Segundo Passos e Benevides, “a culpa anestesia, gera resistência e pode até humilhar. E muitas vezes, é

uma forma inconsciente do trabalhador/equipe para lidar com suas limitações do tratamento e transferir todo o ônus de um possível fracasso ao usuário”.

Colocar na prática a clínica ampliada exige dos profissionais um exame permanente dos valores e do compromisso ético com o usuário, a fim de ajudá-lo a enfrentar e perceber as causalidades externas de seu sofrimento, no sentido da produção da vida. Também ajuda os trabalhadores a lidar com a complexidade e subjetividade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde. É um instrumento/ferramenta para fortalecer o diálogo, a comunicação e a participação que norteiam a ação profissional ética e sem revitimização.

Para introduzir os dispositivos da PNH, é necessário promover a interação entre os trabalhadores, através do trabalho em equipe, facilitado por uma gestão participativa. A cogestão nos processos de trabalho é o desafio a ser perseguido, pois promove a interação entre os diferentes sujeitos (gestor/trabalhador/usuário), com possibilidade de lidar com os conflitos, afetos e poderes presentes nas equipes de trabalho; uma forma de compartilhar os sucessos e dificuldades.

Delandes⁶, ao analisar a PNH, aponta o eixo discursivo da humanização como oposição à violência. Para esta autora, a humanização é uma forma de romper com o isolamento e a submissão do paciente ao poder médico e às instituições, valorizando a autodeterminação e o protagonismo. Uma nova possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores.

A ATENÇÃO INTEGRAL NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE NA REDE DE PROTEÇÃO

Programa Aquarela é uma referência para atender VDCCA no município de São José dos Campos (SP). Tem a missão de promover uma atenção integral e humanizada e articular a rede intersetorial pública e não governamental de atenção a esta demanda. As ações desenvolvidas se organizam em projeto de averiguação diagnóstica, projeto de acompanhamento e projeto responsável pelas ações educativas e de prevenção. As ações do programa são realizadas por uma equipe, composta por psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, médicos e pessoal de enfermagem. Os profissionais de saúde estão inseridos em todos os projetos com funções específicas. Desenvolvem ações que integram diferentes aspectos da atenção à saúde, tais como: vigilância, ação programática e assistências primária, secundária e terciária, enquanto especificidade da violência. Realiza atendimentos individuais e em grupos,

colaborando na compreensão da dinâmica de cada família e seus componentes; elabora com os outros membros da equipe as estratégias de intervenção/proteção interdisciplinar, visando reduzir as vulnerabilidades das famílias e ampliar a resiliência das vítimas.

No período de janeiro a dezembro/2009, 790 famílias passaram pela averiguação diagnóstica do Programa Aquarela. Em dezembro de 2009, havia 575 famílias em situação de violência doméstica em atendimento no programa, sendo violência física: 248 (44,87%); psicológica: 93 (16,17 %); sexual: 113 (19,65%), negligência: 81 (14,09%) e exploração sexual: 30 (5,22%), as quais foram incluídas no projeto de acompanhamento por serem consideradas situações graves¹⁰.

A atuação dos profissionais de saúde na atenção à VDCCA inclui acolhimento, observações da dinâmica e situações que se revelam na sala de espera/sala de brincar pela auxiliar de saúde, escuta qualificada e anamnese individual da criança ou adolescente, e conjunta com o familiar, seguida de minucioso exame físico pelo médico. Após a “consulta”, auxiliar e médico trocam impressões sobre suas observações. O diagnóstico e a conduta adotada vão além das tradicionais e específicas do saber médico. Busca-se a compreensão da dinâmica familiar; das vulnerabilidades: individuais, sociais e programáticas; e dos fatores de proteção presentes para a promoção de resiliência. O próximo passo é a discussão interdisciplinar para definir as intervenções e parcerias necessárias com a rede intersetorial primária ou secundária de proteção.

A intervenção na VDCCA envolve profissional e família, pois todos são atores na reconstrução de formas não violentas de resolver conflitos, o que possibilita novos projetos de vida. Ao incluir o usuário, os profissionais demonstram que acreditam neles e estimulam sua

autonomia, empoderando-os como protagonistas de sua história. O trabalho em rede potencializa as intervenções e fortalece os profissionais que, sozinhos, não conseguiriam romper com o ciclo da violência. Sendo assim, a escuta qualificada no ambulatório, a participação do usuário no projeto terapêutico e o trabalho em equipe são fundamentais para imprimir mudanças no modo de atuação dos profissionais. Abrem-se possibilidades para articulação da rede, transformando-a numa rede cuidadora de usuários e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O princípio da integralidade, o conceito de vulnerabilidade e os princípios e dispositivos da PNH atuam como eixo transversal para orientar e nortear as práticas dos profissionais na atenção à VDCCA. Uma prática comprometida com modos diversos de captar clientela, de avaliar demandas e desigualdades que propiciam o adoecimento. Situações que interferem na qualidade técnica do trabalho a ser realizado, e sua correta apreensão permitem introduzir novas ferramentas assistenciais, proporcionando uma atenção em que as relações são simétricas e equânimes¹³. São conceitos/ferramentas estruturantes da prática profissional que permitem ordenar a ação, desde o diagnóstico até a concepção e execução do projeto assistencial, uma vez que este exige diversas leituras das situações colocadas para a assistência, quando se quer imprimir uma direção na transformação de uma realidade a ser modificada.

Dividir, compartilhar competências e ações integradas garantem novas possibilidades relacionais na família, com dinâmica abusiva e, conseqüentemente, proteção às nossas crianças e adolescentes. Os profissionais de saúde podem contribuir neste processo.

conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003:117-139.

2. Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência fatal em família. São Paulo: Iglu; 1998.
3. Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Humanização. 2004. [acesso em 25 dez 2009]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 737, 16/05/2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2001.
5. Brasil, Estatuto da Criança e Adolescentes. Lei nº. 8069 de 13/07/1990.
6. Delandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúd Colet 2004;9:7-14.
7. Galheigo SM. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. Saúd Socied 2008;17(3):181-9.
8. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001:39-64.
9. Passos E, Benevides R, organizadores. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
10. Programa Aquarela, dados disponíveis não publicados. 2009.
11. Ribeiro FA. Atenção primária (APS) e sistemas de saúde o Brasil: uma perspectiva histórica. [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva; 2007.
12. Scharaiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996: 29-47.
13. Scharaiber LB. Políticas e Planejamento nas Práticas de Saúde. Rev Saúd Debate 1995; 47.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde:

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Fotos, figuras e gráficos devem ser enviados à parte, com resolução mínima de 300 dpi.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com notas de rodapé numeradas sequencialmente, em algarismos romanos, informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar números,

mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do Texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente, em algarismos arábicos, o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado antes da pontuação, nos casos em que se aplica. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas, e em algarismos romanos.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas em algarismos arábicos, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver. Veja exemplos de como fazer as referências no site do Instituto de Saúde.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br