



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

O PROGRAMA PERMANECER-SUS:

Humanização e Acolhimento em Unidade de Urgência e Emergência na Visão dos Gestores, Docentes e Estudantes de Salvador/Bahia.

**Salvador
2010**

MATARY TAYGUARA CABRAL DE BRITO

O PROGRAMA PERMANECER-SUS:

**Humanização e Acolhimento em Unidade de Urgência e Emergência na Visão
dos Gestores, Docentes e Estudantes de Salvador/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela Cardoso de Matos

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

**Salvador
2010**

Ficha Catalográfica
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B862p Brito, Matary Tayguara Cabral de.

O Programa Permanecer SUS: humanização e acolhimento em uma unidade de urgência e emergência na visão dos gestores, docentes e estudantes de Salvador-Bahia / Matary Tayguara Cabral de Brito. -- Salvador: M.T.C. de Brito, 2010.

72 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Humanização em Saúde. 2. Formação em Saúde. 3. Acolhimento. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Matary Tayguara Brito Orleans

**“O PROGRAMA PERMANECER-SUS: Humanização e Acolhimento
em Unidade de Urgência e Emergência na Visão dos Gestores,
Docentes e Estudantes de Salvador/Bahia”.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 21 de junho de 2010

Banca Examinadora:

Prof. Isabela Cardoso de Matos Pinto/Instituto de Saúde Coletiva /UFBA

Prof. Andree Caprara/Universidade Estadual do Ceará

Prof. Maria Constantina Caputo/ SESAB

Salvador
2010

DEDICATÓRIA

Filhos amados, Fabiano e Vanessa.

Comunhão midiaticizada através do amor.

*Cultivando saberes cotidianamente, aprendendo e
ensinando. Co-participes dos meus sonhos.*

Tudo tem seu tempo de outono. Apenas os homens não deixam cair de todo, as suas folhas mais nobres. Entre estas, certamente, se encontram sua honra, sua memória e seus direitos. “Permanecem intactos e seguros, ainda que seu tronco tombe; ainda que suas raízes sequem, ainda que lhe salgue a terra.”

Alfredo Gonçalves de Lima Neto

AGRADECIMENTOS

A Pedro, meu pai, lição de vida e esperança que a memória o manteve vivo.

A Maria (doce ODETE), mãe amada, cujo trabalho e amor enobrecem-me a condição de filha. Ensinando diuturnamente que o amor /cuidado transcende o tempo.

Aos irmanos, Bartira (grande cuidadora), Ubiratã, Ipojuçã e Araken, cuja vida nos ensina o quão importante é estarmos unidos.

À minha mestra querida, Isabela Pinto, amiga na labuta diária, cujo reencontro suscitou o desejo antigo. Conduzindo, encorajando. Indicando “caminho das pedras” no universo da Saúde Coletiva, estreitando laços, abrindo novos caminhos, oportunizando saberes.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em especial o Sr. Secretário de Saúde, Dr. Jorge Solla, proporcionando a realização deste mestrado, que passa a ser um divisor na minha formação profissional.

A Liliana Santos, pelo gesto, enriquecendo a qualidade técnica do trabalho.

A Ana Cristina Caribe, pelo cuidado e profissionalismo nas transcrições das entrevistas.

A Soninha Malheiros, nossa secretária querida, cuidando de todos nós de maneira calorosa. A Jacinéa, pelo zelo responsável. E aos demais trabalhadores do ISC.

A Maria Creuza, pela habilidade e cuidado na formatação criteriosa deste trabalho.

Aos professores, mestres amados, em especial ao Prof^o Jairnilson Paim, trazendo o “universo da Reforma Sanitária”, sempre presente e necessária. Prof^a Carmen Teixeira, cuidadosa, conduzindo e, transformando através de suas sugestões preciosas para a construção/renovação deste trabalho. Prof^a Ligia Vieira, pelo gesto de grande sabedoria.

Ao meu mestre querido, Alcindo Ferla, pelo carinho e confiança, levando-me a uma transformação “radical”.

À **Família HGE**, por adotar-me. A Dr. André Luciano, gestor cuja liderança se revela na confiança dos trabalhadores de saúde. Ao Dr. Antônio Antico, cujo slogan “**Quem ama cuida**” traduz em gesto singular do cuidado. Ambos, com uma trajetória de vida junto àquela

Unidade, (mais de 30 anos) tornando-se um divisor e um exemplo a ser seguido. E a todos os colegas trabalhadores de saúde da unidade ao acolher-me.

Ao meu Diretor, Dr. José Walter, por encorajar-me e conceder tranquilidade para conclusão do meu trabalho.

Aos colegas da SESAB, em especial a Maria Auxiliadora/in memória, pela tolerância nas ausências para a produção deste trabalho.

A Patrícia Pires, colega cujo cuidado incondicional em realizar levantamento da história da PNH na SESAB, tornando-se somatória no processo histórico da Bahia.

Às amigas, Maria Doralice (Dorinha) acolhendo-me no momento de dificuldade, Fátima Valverde e Verônica, pelos momentos de reflexão, desabafo, partilhamento de muitas alegrias.

À equipe da **DGETS**, pela seriedade junto ao Programa e pela confiança a mim atribuída.

*Aos participantes da pesquisa, em especial os estudantes do **Programa Permanecer SUS**, cuja convivência suscitou grandes descobertas, conduzindo-nos ao que podemos chamar de **“SUS REAL”**.*

Ao amigo Leonel (*in memória*) responsável por traduzir, junto a mim e a minha filha Vanessa, a idéia de **“Acolhimento”** da LOGO Humanização SUS/ Bahia, no período de 2003 a 2006.

À Profª Regina Benevides, a grande condutora da PNH, mostrando a importância do diálogo nos caminhos trilhados.

Ao amigo Radilson Gomes, pessoa responsável por publicizar a PNH com a **“cara do BRASIL”**, dando identidade e ao socializar, concedendo-me o processo histórico de construção da **LOGO PNH** para **“alimentar”** a pesquisa.

A Dr. Renilson Rehen, grande condutor da PNHAH, ajudando-me no seu resgate histórico.

À turma da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no apoio nas descobertas da PNHAH, estreitando relações.

Ao Correio da Bahia, em especial a Iracema Hora.

RESUMO

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) visando, de um lado, a humanização e a melhoria do atendimento nas emergências de grandes hospitais da Rede Própria do Estado, e de outro, o estímulo à melhoria da formação dos profissionais da saúde, implanta o programa Permanecer SUS como uma estratégia da Política Estadual de Humanização. O Permanecer SUS traz no seu escopo a integração entre educação e trabalho numa proposta de inclusão social contribuindo, por um lado, para implantação/implementação do acolhimento mediante escuta qualificada e acionamento das redes interna e externa nas urgências/emergências e por outro lado, o estímulo da permanência na universidade de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, em vulnerabilidade socioeconômica. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é analisar a contribuição do Programa Permanecer-SUS, para a formação dos estudantes envolvidos na proposta. O lócus da pesquisa foi em uma Unidade de Urgência e Emergência de um dos maiores Hospitais Públicos do Estado da Bahia. Caracterizado como estudo de caso, utilizou como fontes primárias entrevistas semi-estruturadas (com os estudantes inseridos no Programa, coordenadores de cursos da área da saúde das universidades participantes e gestores da SESAB) e observação participante durante um período de três meses. Como fonte secundária realizou-se análise documental. Os resultados apontam os ganhos identificados pelos diversos atores para o processo da formação e identificam desafios a serem enfrentados no processo de implementação do Permanecer SUS Bahia

Palavras chave: Humanização, acolhimento, urgência e emergência e Educação Permanente.

ABSTRACT

The Health Department of the State of Bahia (SESAB) focusing on the one hand the humanization and improvement of care in emergency departments of major hospitals in the State's own network, and others, the stimulus to improve the training of health professionals, the program implements PermanecerSUS as a strategy of the State Policy of Humanization. The PermanecerSUS brings within its scope the integration between education and work in a proposal for social inclusion, contributing on the one hand, for deployment / implementation of care by qualified hearing and activation of the internal and external networks in emergency care and on the other hand, stimulation of staying in college students in socio-economic vulnerability. In this sense, the objective of this study is to analyze the contribution of PermanecerSUS program for the training of students involved in the proposal. The locus of the research was an emergency and Emergency Unit of a major public hospitals in Bahia State. Characterized as a case study, used as primary sources semi-structured interviews (with students entered the program, course coordinators of the health of the participating universities and managers SESAB) and participant observation during three months. As secondary source, there was documentary analysis. The results show the gains identified by the various actors in the process of training and identify challenges to be faced in the implementation of the Staying-SUS Bahia.

Keywords: Humanization, hospitality, emergency rooms and Continuing Education.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCOM	Assessoria e Comunicação Social/SESAB
BAHIAGÁS	Companhia de Gás da Bahia
CAHEM	Coordenação de Assistência Hospitalar, Urgência e Emergência/SESAB
CEBES	Centro de Estudos da Saúde
CEDEBA	Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e
CEPRED	Endocrinologia
CEDAP	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação do Portador de Deficiências
CCIH	Centro Estadual Especializado do Diagnóstico e Assistência a Pesquisa
CIAVE	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Bahia
CICAN	Centro de Informação Antiveneno da Bahia
CIS	Centro de Estadual de Oncologia
CIMS	Comissão Interinstitucional de Saúde/Bahia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
9ªCNS	9ª Conferência Nacional de Saúde
10ª CNS	10ª Conferência Nacional de Saúde
11ª CNS	11ª Conferência Nacional de Saúde
12ª CNS	12ª Conferência Nacional de Saúde
7ª CES	7ª Conferência Estadual de Saúde/Ba
1ª CEDH	Conferência Estadual de Direitos Humanos
CNDH	Conferência Nacional de Direitos Humanos
1ª CEM	Conferência Estadual da Mulher
CRADIS	Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto
CREASI	Centro de Referência de Atenção ao Idoso
CQT	Centro de Tratamento de Queimados
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CRESAR	Centro de Referência de Saúde Reprodutiva/SESAB
CRPA	Centro de Recuperação pós Anestésico/HGE
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DAS	Diretoria de Assistência à Saúde/SESAB
DC	Diário de Campo
DGRP	Diretoria da Geral da Rede Própria/SESAB
DGETS	Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SESAB
DOU	Diário Oficial da União
DIRP-GD	Diretoria da Rede Própria sob Gestão Direta/SESAB
DIRP-GI	Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta/SESAB
DMA	Diretoria e Modernização Administrativa/SESAB
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EC29	Emenda Constitucional nº 29
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública/SESAB

FESBA	Fundo Estadual de Saúde - Bahia
FS-BA	Feira de Santana - Município da Bahia
GMHH	Grupo de Multiplicadores de Humanização Hospitalar
GTH	Grupo de Trabalho e Humanização
GTI	Grupo de Trabalho Institucional - SJCDH-BA
GASEC	Gabinete do Secretário
GM	Gabinete do Ministro
HAM	Hospital Aristides Maltez
HCLR	Hospital Colônia Lopes Rodrigues
HCM	Hospital Couto Maia
HEDRM	Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
HGC	Hospital Geral de Camaçari
HGE	Hospital Geral do Estado
HGESF	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HGJBC	Hospital Geral João Batista Caribe
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
HPJM	Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira
HLVF	Hospital Geral Luiz Viana Filho
HML	Hospital Mário Leal
HMV	Hospital Manoel Vitorino
HOM	Hospital Otávio Mangabeira
HO	Hospital do Oeste
HRVC	Hospital Regional de Vitória da Conquista
HSJ	Hospital São Jorge
HGMF	Hospital Geral Menandro de Farias
HGV	Hospital Getúlio Vargas
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPERBA	Instituto de Perinatologia da Bahia
MAS	Maternidade Albert Sabin
MTB	Maternidade Tsyla Balbino
MOP	Manual do Orçamento Público
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan - Americana de Assistência à Saúde
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
SGO	Sistema de Gestão de Ouvidoria do Estado
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
PA-F	Pronto Atendimento Feminino/HGE
PA-M	Pronto Atendimento Masculino/HGE
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH	Política Nacional de Humanização
PPSUS	Programa PermanecerSUS
POA	Plano Operativo Anual
QualiSUS	Qualificação da Atenção à Saúde no SUS
RONDESP	Rondas Especiais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAEB	Secretaria de Administração da Bahia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAIS	Superintendência de Atenção Integral a Saúde/SESAB
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SSA	Salvador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SJCDH-BA	Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SGFP/HGE	Serviço de Gerenciamento de Fluxo de Pacientes/HGE
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUPERH/SESAB	Superintendência de Recursos Humanos da Saúde/SESAB
SURAPS/SESAB	Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde/SESAB
SUPECS/SESAB	Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde/SESAB
SUREGS/SESAB	Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde / SESAB
SUS	Sistema Único de Saúde
Transalvador	Superintendência de Trânsito e Transporte de Salvador
TRM	Traumatismo Raqui-medular
TCEP	Termo de Cooperação entre Entes Públicos
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade Estadual da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPB	União dos Prefeitos da Bahia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Capacidade Instalada do Hospital Geral do Estado -HGE.Bahia.2010	36
Quadro 2 – Sujeitos do Estudo	38
Quadro 3 – Codificação das Entrevistas	38
Quadro 4 – Síntese dos Avanços e Dificuldades Identificados pelos atores do Permanecer	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	
2.1 Humanização no cuidado à saúde	24
2.2 Acolhimento	28
2.3 Educação Permanente	30
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 Lócus do Estudo	34
3.2 Sujeitos do estudo	36
3.3 Etapas de Coleta de Dados	39
3.3.1 Pesquisa e Análise de Documentos	39
3.3.2 Observação Participante	39
3.4 Análise dos dados	40
4 PERMANECER SUS: DO PROJETO AO COTIDIANO PESQUISADO	40
4.1 Caracterização do projeto	40
4.2 O cotidiano do processo de implantação do Permanecer SUS	45
4.2.1 O trabalho e a formação: estudantes encontrando o “SUS real”	45
4.2.2 As idéias do SUS e de acolhimento para os estudantes	50
4.2.3 Desafios na reorganização dos processos de trabalho e na formação	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	72
I. Roteiro de Entrevistas	73
II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
III. Depoimentos dos Estudantes	76
IV. Fluxogramas Usuais da Emergência Estudada	78

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização - PNH, formulada e implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde a partir de 2003, vem despertando interesse nos pesquisadores da área tendo em vista a necessidade de se avaliar os possíveis efeitos nas práticas de atenção à saúde. Para melhor compreender a emergência da PNH nos reportamos à 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, marco histórico do movimento de âmbito nacional em defesa da saúde, denominado Reforma Sanitária Brasileira.

Este Movimento, composto por profissionais de saúde, sociedade civil, CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira e Pós-graduação em Saúde Coletiva), integrados por grupos de intelectuais localizados em espaços institucionais, acadêmicos e partidos políticos de esquerda (BRASIL, 2009), questionava o modelo de saúde vigente e denunciava a situação sanitária da população.

A Conferência teve como temas: “*Saúde como dever do Estado e direito do cidadão*”; “*Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*”; “*Financiamento setorial*” (BRASIL, 1986) evidenciando que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira.

As propostas discutidas na 8ª CNS foram contempladas nos textos da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e nas Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990), que criaram o SUS (Sistema Único de Saúde), e “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (FALEIROS et al, 2006). Neste sentido, trouxe para a cena política a questão da Saúde como Direito social e o debate sobre os Deveres do Estado e da sociedade para garanti-lo. Dialogado por (SIGERIST, 1941, 1935; PAIM, 1986; FALEIROS et al, 2006):

A saúde das pessoas é algo que concerne às próprias pessoas. Elas devem desejar a saúde. Devem lutar por ela e planejá-la [...] Nenhum plano, mesmo bem arquitetado e bem intencionado, será bem sucedido se for imposto às pessoas. A guerra contra a doença e pela saúde não pode ser travada pelos médicos. É uma guerra do povo, para a qual a população toda deve ser mobilizada permanentemente (SIGERIST, 1941, p.96)¹.

¹ Em 07 de abril de 1891 nascia em Paris aquele que é considerado o maior historiador da medicina do século XX, Henri Ernest Sigerist, estudioso dos fatores sociais na saúde e pioneiro da moderna medicina social. Sua obra impactou tanto para história social da medicina quanto para organização dos serviços de saúde, num movimento temporal e espacial que lhes possibilitava, conhecendo o passado, chegar ao presente, não simplesmente através de um registro histórico-cronológico, mas revelando a historicidade desses processos, e consequentemente, a sua transformação (NUNES, 1992).

Sigerist enfatiza ainda que:

O dia em que estivermos convencidos de que a saúde não é um privilégio, mas um *benefício*, e que todo cidadão tem direito a ela; o dia em que estivermos convencidos de que a saúde pública é tão importante quanto a educação pública, aí, então, seremos capazes de ver as suas conseqüências (SIGERIST, 1935).

Paim comenta que:

[...] todo indivíduo, independente de cor, situação econômica, religião e credo político, deve ter a sua saúde preservada. Neste sentido caberia ao esforço social visando a mobilização dos recursos necessários para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (PAIM, 1986).

Por sua vez, Faleiros em consonância com outros autores na descrição do processo de construção do SUS enquanto direito, traduz a saúde como:

[...] **um direito** que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas **como direito ao bem-estar** completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológico e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS (FALEIROS et al, 2006).

E reforçando, enquanto bem-estar:

o reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura como paradigma civilizatório da humanidade, construindo num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais para estabelecer uma ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferenças culturais e formas de cuidado do ser humano (FALEIROS et al, 2006).

Dando segmento à “linha do tempo” observa-se que, no processo de implantação do SUS, as Conferências destacaram temas relevantes para a sua consolidação, a exemplo da 9ª CNS (BRASIL, 1992), tendo como Tema: “*Saúde: Municipalização é o caminho*”, cujo período revelava-se um momento conturbado na era Collor (1990-1992), com reafirmação do texto constitucional; do sistema único de saúde; defesa das crises do estado e governo (SILVA; GOMES, . Nesta Conferência foi apresentada a “Carta em defesa da vida e da ética: fora Collor” (BRASIL, 2000).

Por sua vez, a 10ª CNS Saúde, realizada em setembro de 1996, cujo Tema: “SUS - *Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*”, priorizou debates sobre financiamento do SUS e estabeleceu estratégias de lutas pela aprovação da PEC 169, sendo vitoriosa em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, EC-29,

2000). Apresentou ainda o enfoque no fortalecimento da territorialização: descentralização de instâncias administrativas e decisórias estaduais (SILVA; GOMES,).

Por seu turno, a 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), realizada em dezembro de 2000, ainda sob a égide do governo FHC, apresentava em seu tema: “*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*”, revelando-se um “*novo olhar*” a ser discutido no tocante ao clamor da sociedade civil no que diz respeito ao cuidado, buscando, portanto, interferir nas agendas públicas de saúde.

A discussão realizada na 11ª CNS (BRASIL, 2000) sobre a atenção à saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de *humanização do cuidado* prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento.

Esta Conferência evidenciou que a falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados e que a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho. Mas depende também das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (BRASIL, 2000).

No período de 2000-2002 o Ministério da Saúde, ao avaliar a situação apresentada, evidenciava que:

a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. (...) Os bons resultados dependem, em grande medida, da capacidade de o hospital oferecer um atendimento humanizado à população. Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço. E por profissionais de saúde, consideram-se aqui todas as pessoas que trabalham nas unidades de saúde e não apenas médicos e paramédicos (BRASIL, 2002).

Na ocasião o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial nº. 881, de 19/06/2001 (BRASIL, 2001/GM/MS), instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH, definindo desta forma que, na fase de implantação, deveriam fazer parte do Plano Piloto de Humanização, os hospitais do Programa

de Centros Colaboradores para Qualidade de Gestão e Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000)².

Da mesma forma, os hospitais que receberam o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo³ (BRASIL, 1999).

Nesta ocasião, o Ministro revela em seu discurso quando da implantação do Programa:

Considerando a necessidade de criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários nas organizações de saúde, pautada pelo mais amplo respeito à vida humana, pela observância dos princípios ético-morais na convivência entre o profissional de saúde e usuários, para a conquista da qualidade no atendimento à saúde (BRASIL, 2001).

Na oportunidade foi publicado o Manual PNHAH/MS (BRASIL, 2001) para implantação de um processo de humanização dos serviços de saúde dos hospitais, propondo o estímulo à criação e à sustentação permanente de espaços de comunicação fundamentados no princípio da linguagem e na ação comunicativa, trazendo junto a si a Logomarca que o identificaria à PNHAH.

Dentre esses espaços, a construção de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e da Rede Nacional de Humanização entre as instituições de saúde, levando-se em consideração os Princípios e Diretrizes do SUS: Universalidade no acesso e igualdade da assistência; Integralidade na Assistência; Participação da Comunidade; e Descentralização, Regionalização e Hierarquização de ações e serviços de saúde.

O PNHAH iniciara em 2000, com a participação de 10 Hospitais em 07 estados do Brasil em seu Plano Piloto, em dois momentos:

- Na **1ª fase**, participaram 94 hospitais em todas as regiões do Brasil, tendo iniciado em 19 de junho de 2001;

² O Programa tem como objetivo: contribuir para o aperfeiçoamento e qualidade da gestão da assistência por meio de intercâmbio entre instituições hospitalares, difundindo adequadas experiências de gestão e assistência hospitalar, estabelecendo e padronizando novas técnicas e ferramentas aplicáveis a cerca de 6.300 unidades públicas de saúde de portes variados no País (BRASIL, 2000). O Hospital Geral do Estado fora selecionado por encontrar-se dentro dos critérios de elegibilidade exigida: sua importância estratégica no sistema estadual de saúde, mínimo de 100 leitos, hospital público com alta complexidade, hospital da rede pública de Urgência e Emergência.

³ O Prêmio Galba de Araújo fora entregue nos anos: 1999 2002 e 2004 e 2005. Na ocasião as maternidades avaliadas receberam o valor de R\$ 30.000.00 e, a partir de 2005, passaram a receber o valor de R\$ 50.000.00, além de Certificado e Placa. As Maternidades contempladas em cada um dos anos foram: 1999: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; Hospital Dr. César Cals - Ceará; Hospital São Pio X - Goiás; Hospital Sofia Feldman - Minas Gerais; Clínica e Maternidade Nossa Senhora do Rosário Ltda. - Paraná. 2000: Maternidade e Clínicas de Mulheres "Bárbara Heliodora"- Acre; Hospital Universitário Ana Bezerra - Rio Grande do Norte; Fundação Assistência Social de Anápolis - Goiás; Hospital Geral de Itapeverica da Serra SECONDI - Rio Grande do Norte; Maternidade Nascer Cidadão da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - Goiás; Maternidade Pública Municipal de Betim "Haidée Espojo"- Minas Gerais; Fundação Hospital de Três Barras - Hospital Amigo da Criança - Santa Catarina. 2004: Maternidade Professor Bandeira Filho - Pernambuco; Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara - Goiás; Casa de Maternidade - Casa de Parto de Itaim Paulista - São Paulo. 2005: Maternidade do Hospital Regional Dom Mauro - Pernambuco; Hospital Santa Marcelina - São Paulo; Maternidade Lucilla Ballalai - Paraná.

- Na **2ª Fase**, participaram cerca de 500 hospitais, no período de março a dezembro de 2002.

Ainda em 2001, o Ministério da Saúde publicou uma Portaria (nº. 202, de 19 de Junho) que estabelece prerrogativas a Unidades Hospitalares inseridas no **PNHAH** que, após capacitadas, tivessem de fato efetivado práticas de humanização, recebendo o título de **“Hospital Humanizado”**(BRASIL, 2001). Título este que lhes estabeleceria prioridades junto ao Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar. Por seu turno, a conformação dos grupos multiplicadores se deu nacionalmente em cinco regiões e oito Grupos de Multiplicadores, assim distribuídos:

- **GMHH** - Na Região Norte, com três capacitadores e sede em Belém/PA;
- **GMHH** - Na Região Nordeste, com seis capacitadores e sede em Fortaleza/CE;
- **GMHH** - Na Região Centro-Oeste, com três capacitadores e sede em Belo Horizonte/MG;
- **GMHH** - Na Região Sudeste com nove capacitadores e sede em São Paulo/SP;
- **GMHH** - Na Região Sul com três capacitadores e sede em Porto Alegre/RS.

A proposta apresentada pelo PNHAH⁴ revelava em seus objetivos uma nova estratégia, em consonância com a Gestão dos Hospitais, evidenciando que para tanto seriam necessários investimentos no tocante à melhoria da infra-estrutura, além do fortalecimento do compromisso de toda a equipe de profissionais, com a mudança de cultura de atendimento à saúde nos hospitais.

Os objetivos do Programa a serem trilhados pelos Grupos de Trabalho de Humanização, que se encontravam sob a coordenação e o acompanhamento do Comitê Técnico de Humanização, apresentam-se em destaque (BRASIL, 2001):

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;

⁴ A Proposta do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, lançada em Diário Oficial propõe a formação dos GTH, constituídos como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, com funcionamento similar a colegiados e destinados a empreender uma política institucional de resgate de valores humanitários na assistência hospitalar, em benefício do usuário e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

As atividades eram distribuídas segundo a lógica regional, tendo junto a si a capacitação dos Grupos de Trabalho, segundo propostas dos **GTH(s)**:

[...] eram compostos por lideranças expressivas do coletivo dos profissionais que, compromissadas com os princípios da humanização, constituem um **espaço de comunicação** e um real dispositivo para mudança institucional. A atuação em grupo que caracteriza o modo de funcionamento destes espaços permite que a realização das iniciativas seja responsabilidade da própria instituição e represente o todo da organização. Dessa forma, o trabalho produzido ganha força e permanência ao longo do tempo (BRASIL, 2002).

Estes eram selecionados segundo a ótica da orientação dos caminhos operacionais, a partir do levantamento de um conjunto de necessidades e oportunidades específicas de cada realidade local, criando ou selecionando ações definidas através de um consenso compartilhado entre formadores e representantes das secretarias e hospitais, cujo objetivo se expressava na busca de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.

Assim, ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, com condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

E apresenta como propostas a deflagração de um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais e produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios

que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

Para a implementação da proposta as equipes foram capacitadas levando-se em consideração as responsabilidades técnicas a elas atribuídas:

- Desenvolver trabalho conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de oferecer cooperação técnica às Secretarias na formação e funcionamento dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar;
- Promover, junto às Secretarias, o desenvolvimento regionalizado do Programa de Humanização, elegendo prioridades e possibilidades de implantação do Programa adaptado a cada região, e definindo competências e responsabilidades de cada uma das instâncias para a implantação do PNHAH;
- Divulgar e difundir o Programa Nacional de Humanização no âmbito de cada região através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Dar apoio à promoção de eventos, reuniões e workshops nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com os gestores e demais lideranças dos hospitais participantes;
- Dar apoio à distribuição do material de suporte do Programa Nacional de Humanização, confeccionado pelo MS (vídeos, manuais, informes) junto às Secretarias de Saúde e hospitais;
- Capacitar os profissionais de saúde que trabalharão como agentes de humanização nos Grupos de Multiplicadores (representantes das Secretarias de Saúde) e nos Grupos de Trabalho (profissionais dos hospitais integrantes do Programa);
- Ministrando o curso de formação e capacitação dos agentes de humanização;
- Capacitar, instruir, treinar, acompanhar e supervisionar estes agentes;
- Relatar ao Comitê Técnico a progressão do trabalho nos hospitais em sua respectiva região, fornecendo subsídios para a análise de indicadores, dificuldades e aperfeiçoamentos requeridos pelo programa em seu desenvolvimento;
- Supervisionar a atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar que participaram do projeto-piloto (dez hospitais), de modo a transformá-los em futuros centros de referência em humanização;
- Criar métodos de acompanhamento adequados às necessidades e possibilidades de cada região, considerando a capacidade e a potencialidade das Secretarias Estaduais e Municipais assim como as ferramentas e dispositivos à disposição em cada instituição;

- Criar metodologia de aplicação das pesquisas: a) de satisfação dos usuários e dos profissionais e b) de levantamento de experiências de humanização hospitalar;
- Desenvolver metodologia de multiplicação de capacitação para a 2ª fase do Programa (maio a dezembro de 2002).

Nessa etapa de implementação da PNHAH, o Estado da Bahia foi incluído no Núcleo Nordeste II, juntamente com os Estados de Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba (BRASIL, 2002). Na ocasião foram contemplados 04 hospitais na Bahia: Hospital Geral do Estado/SSA; Hospital Clériston Andrade/FS; Hospital São Rafael/SSA; e Hospital Santa Isabel/SSA. Posteriormente, 31 unidades baianas foram selecionadas para integrar-se ao PNHAH. A escolha dessas unidades se deu pela “*existência de propostas embrionárias de ações de Humanização, o Plano Diretor de Regionalização do Estado (BAHIA, PDR), a população do município e a área de abrangência da unidade*” (Ofício nº. 228/2002/SESAB).

O Comitê Estadual de Humanização foi instituído através da Portaria nº. 2015/2002 (BAHIA, 2002), momento em que foi publicado o Regimento Interno do mesmo. Nesta ocasião, a Política de Humanização encontrava-se inserida junto à então Superintendência de Atenção, Regulação e Promoção da Saúde - SURAPS/SESAB⁵. Posteriormente, com representantes da Rede Hospitalar, selecionada de acordo com critérios determinados pela Secretaria de Saúde, em consonância com o MS.

Os encontros aconteciam com os demais representantes do Núcleo, em Recife e as atividades eram partilhadas com os demais membros, informando-os de iniciativas no tocante ao atendimento humanizado, bem como iniciativas desenvolvidas junto à Saúde da Mulher. Neste período, o Estado apresentou a Proposta do “**Plano Estadual de Humanização da Assistência Hospitalar**” cujos objetivos eram:

- Difundir uma cultura de humanização na rede hospitalar pública baiana;
- Capacitar os profissionais da rede hospitalar pública para a lógica de assistência à saúde de forma humanizada;
- Sistematizar um processo de implantação de humanização nos hospitais;
- Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;

⁵ As propostas apresentadas encontravam-se sob a Coordenação da Diretoria de Assistência à Saúde - DAS/ Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde - SURAPS. A SESAB/SURAPS/DAS esteve representada por dois trabalhadores de saúde.

- Realizar parcerias para implantação e manutenção de ações de humanização na rede hospitalar;
- Construir um conjunto de indicadores de estrutura, processos e resultados/produto para o programa e para as ações hospitalares de humanização. (BAHIA, 2002)

Foram disparadas nacionalmente diversas iniciativas no tocante ao atendimento “humanizado”, a exemplo: Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares/PNASH (BRASIL,1998); Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN³ (BRASIL-2000); Norma de Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (BRASIL, 2000) dentre outras.

Contudo, tais ações apresentavam-se fragmentadas por diferentes áreas ou mesmo acolhimento/aceitação junto aos gestores. Trazendo para a “cena” o desafio conceitual de humanização, sugerindo uma redefinição do conceito, tomando a humanização como “estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (BENEVIDES e PASSOS, 2005 p.391).

No início da Gestão Federal de 2003, o Ministério da Saúde trouxe para pauta um processo de (re) significação da proposta da Humanização do Atendimento, conduzindo uma (re) apropriação do espaço da política propondo o “debate sobre os modelos de gestão e de atenção aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social, vem se exercendo é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que se possa garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida” (BRASIL, 2003).

Buscando inteirar-se dos novos rumos da “humanização”, a Coordenação Estadual/BA aproximou-se da Secretaria Executiva/MS e, nos dias que antecederam a 1ª Oficina Nacional de Humanização, em novembro de 2003, recebeu o Consultor do MS, Dr. Gilberto Scarazati, que apresentou os novos rumos da Humanização, a serem dialogados no coletivo nacional. Tais discussões se fortaleceram na 1ª Oficina Nacional de HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização, realizada em Brasília nos dias 19 e 20 de novembro de 2003.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou como proposta a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (BRASIL, 2004). A “palavra” HumanizaSUS, bem como a sua Logomarca, foram edificados por profissionais que integravam o “novo” momento a ser trilhado doravante pela Secretaria Executiva/MS, descritos em momentos tais como:

[...] A Regina, conversei com ela, expliquei o que gostaria de fazer, que seria a identidade da PNH criar uma logomarca, criar as cores, trabalhar as cores, pra poder realmente dar a cara pra aquele documento que tinha construído. [...] Trazer o verde, já que o verde era a cor da saúde: esperança, e a gente trouxe o laranja, que era a cor que combinava... [...] Quem deu a idéia da palavra HUMANIZASUS foi a Rejane Vieira. [...] A gente chega no desenho da cruz abraçando, sorrindo, a carinha sintetizou a idéia do retrato que a gente traz pra PNH, que foi justamente sobre voltar àquele projeto da identidade visual (GOMES, 2003).

Na ocasião foi discutida/avaliada a proposta do “documento básico” da PNH, tendo como objetivo “Oferecer subsídios para implementação e consolidação da Política Nacional de Humanização - PNH”, seguindo com debates sobre: as diretrizes da PNH; a implantação da PNH; a elaboração de propostas de atuação por níveis de atenção, levando em conta as diferentes realidades nacionais; a sensibilização das instâncias de governo de modo a promover maior interface e compromisso com a PNH; construção de uma Agenda Estratégica com grupos de Humanização estaduais e municipais para implantação da PNH.

Ainda nesta Oficina o Ministro da Saúde ressaltou a importância de se investir no acolhimento e a necessidade da disponibilização do conjunto de direitos a serem respeitados, pois com isso o cidadão passará a ter o poder de decisão e a possibilidade de ser ouvido.

Esta idéia foi reforçada pelo representante da OPAS, ao salientar os muitos desafios para a concretização da PNH, destacando: a *dimensão do acolhimento*; nas relações, a importância de considerar o outro como um ser que pensa, tem sentimento, julga e age a partir de juízos positivos e negativos a respeito das situações (BRASIL, 2003).

O representante do CONASEMS reiterou a preocupação, questionando: *Qual o foco da humanização? O usuário*. Destacou assim a importância da ação da PNH na melhoria do acesso dos usuários aos *Hospitais de Urgência e Emergência* no que tange ao *acolhimento* (BRASIL, 2003).

Por sua vez, o Secretário Executivo do MS, Sr. Gastão Wagner, revelou em seu discurso que o MS não estava desmontando o Programa de Humanização do governo anterior e sim “assumindo a humanização como política, dando-lhe maior abrangência e capilaridade

em todos os espaços de atenção e gestão do SUS”. Acentuou ainda que “a humanização passa por resgatar a condição de sujeito, tanto no atendimento individual como no coletivo, e que para efetivar ações de humanização teremos que reconhecer tanto a atenção como a gestão – que lidamos com sujeitos e que estes buscam felicidade e qualidade de vida.” (BRASIL, 2003) apontando algumas sugestões para fortalecimento e discussão.

- Pensar como organizar serviços de saúde, com grau de solidariedade bem maior, pois a desagregação produz ineficácia;
- Ampliar o olhar dos profissionais da Saúde incorporando o afetivo/subjetivo e o social inerente a todas as pessoas;
- Ter cuidado para não desqualificar o trabalho e os esforços que estão sendo realizados. Trabalhar com coeficientes progressivos de humanização das práticas;
- Aprender a interpretar a necessidade e o desejo dos outros levando em conta ainda a própria interpretação do outro, aprendendo a mudar as relações de poder no âmbito individual e coletivo;
- Não alterar apenas a ambiência, mas também mudar ou começar alterar as relações de poder;
- Criar mecanismo de responsabilização: responsabilidade clínica, sanitária, gerencial, adstrição de clientela de forma que se acolha, acompanhe e quando necessário se referencie para outro adequadamente;
- Evitar as fragmentações no processo do cuidado. Por exemplo, a criação de Centro de Referência da Dor ao nível do Oncologista, do Ortopedista, ou do Neurologista quando qualquer médico deve saber tratar da dor. É necessário organizar produzindo vínculo, responsabilização e seguimento horizontal;
- Abrir espaços para os usuários no cotidiano, não apenas nos conselhos. Com isso, aumentar o poder dos doentes, permitir acompanhante em todos momentos de atenção, criar ouvidorias, Conselhos Locais de Saúde e Serviço de Atendimento ao Cidadão;
- Ter estratégias específicas para cada nível de atenção;
- Entrar com a PNH nos espaços de gestão, para não virarmos os “fanáticos” da PNH que exigem de todos que a façam de modo fundamentalista perdendo a dimensão do direito, do prazer e da gestão compartilhada com todos os implicados, ou seja, os usuários, os profissionais e os gestores.

Na oportunidade, o Ministério da Saúde lançou o Prêmio David Capristano da Costa Filho (BRASIL, 2003)⁶, visando estimular experiências inovadoras no campo da humanização, bem como a equipe que daria segmento às propostas apontadas/discutidas na Oficina.

Neste período foi realizada a 12ª CNS, com o Tema: “Saúde um Direito de todos e dever do estado: A saúde que temos o SUS que queremos”, sendo subdividido em dez eixos temáticos : Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção em Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento da Saúde e Comunicação e Informação em Saúde.

A Conferência tomou acento nos dias 7 a 11 de dezembro de 2003 e teve a alcunha de Sérgio Arouca, em homenagem ao grande sanitarista falecido meses antes (agosto 2003) e que lapidou esta proposta, em consonância com o grupo de transição do governo⁷. Esta Conferência trouxe algumas peculiaridades, a começar pela retomada dos ideais da Reforma Sanitária (PAIM, 2008, p. 242).

Na ocasião da 12ª CNS, a PNH “mostra a cara”, colocando um stand no espaço com o objetivo de mostrar a Humanização, utilizando o stand um Studio. Na oportunidade do lançamento do concurso David Capristano com a captação da imagem de cada um que ia inscrever-se. Porque a ideia era fazer a logomarca a partir da cara de todo mundo, a cara de cada um. .

Ainda neste ano, a Secretaria e Saúde do Estado da Bahia/SESAB, inteirada das mudanças do “modo de fazer” da Política - PNH, apresentou o *I Encontro Estadual de Humanização e Qualidade da Assistência* (BAHIA, 2003), resgatando o processo iniciado anteriormente com o PNHAH, trazendo algumas experiências exitosas, bem como inteirando ao grupo a nova proposta a ser desenvolvida pelo MS com a implementação da PNH. Na oportunidade, partilhamos da discussão da Política enquanto processo comunicacional, com a apresentação da Dr^a. Maria Júlia, considerando a comunicação como: ‘por em comum’, ou seja, buscamos um processo de compreensão junto ao outro (SILVA, 2002).

⁶ Este Prêmio teve como Objetivo: reconhecer, incentivar e valorizar as instituições, nos vários níveis de atenção, que se destaquem por ofertar práticas que possibilitem atenção e gestão humanizadas (BRASIL, 2004).

⁷ [... O Ministro Humberto Sergio Costa Lima apresentou a proposta de antecipar a realização da 12ª CNS, prevista para ser realizada em 2004 para o ano de 2003. Na época o Conselheiro Antônio Sergio S. Arouca enfatizou que, apesar dos vários avanços, o SUS acumulara problemas de distorções de desenvolvimento...] (BRASIL, 2003).

No ano seguinte, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/SESAB inseriu a PNH como estratégia na AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE – 2004. Nesse sentido destaca-se o Objetivo 17 - “inserido no Compromisso III (REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL AMPLIANDO O ACESSO E A QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE): Humanizar o atendimento e melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde na rede SUS” (BAHIA, 2004).

A PNH no Estado da Bahia, ampliava-se junto a outros segmentos, a exemplo do Grupo de Trabalho Institucional (GTI), em consonância com a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos/SJCDH (Ofício nº 149/2004), para implementação da I Conferência Estadual de Direitos Humanos (BAHIA, 2004), cujo tema foi: “Construindo o Sistema Nacional de Direitos Humanos” (12 a 14.05.04) e da I Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres (BAHIA, 2004), tendo como tema: Políticas para as mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”, no período de 03 a 05 de junho de 2004 (BAHIA, 2004).

Através da Comissão de Infraestrutura, sob o Decreto nº 9.046/02.04.04 (BAHIA, 2004) a representante da PNH do Estado se fizera representar como delegada em ambas Conferências Nacionais.

Ainda neste ano, o Ministério da Saúde promoveu o I Seminário Nacional HumanizaSUS, com a intenção de promover o intercâmbio de experiências entre profissionais e gestores de saúde na divulgação e implementação da PNH e dar visibilidade às experiências selecionadas do Prêmio David Capristano (BRASIL, 2003).⁸

A Bahia se fez representar nesse Evento com 17 Unidades inscritas para concorrer ao Prêmio, sendo oportunizado um diálogo da Coordenação da PNH/BA e representantes do Estado com a Dra. Regina Benevides, Coordenadora Nacional do Programa (BRASIL, 2004).

A Humanização se constitui nacionalmente como Política em 2004 (BRASIL, 2004), trazendo consigo o debate sobre os modelos de atenção e de gestão, aliados à formação dos profissionais de saúde e aos modos como o controle social vinha se exercendo.

No Estado acontece o II Encontro Estadual de Humanização e Qualidade da Assistência, realizado nos dias 09 e 10 de dezembro de 2004, cujo tema era: **UM NOVO OLHAR** (BAHIA, 2004). Trazia para a cena discussões quanto aos *direitos humanos, ética*

⁸ O Prêmio David Capristano teve como objetivo reconhecer, incentivar e valorizar as instituições, nos vários níveis de atenção, que se destaquem por ofertar práticas que possibilitem atenção e gestão humanizada.

médica, humanização na UTI e na assistência obstétrica, e a ampliação das ações desenvolvidas pela rede.

Nesse Encontro fora lançada/oficializada a **LOGOMARCA** do PNH do Estado da Bahia, buscando dar uma “**identidade**”, trazendo as cores preconizadas na Política Nacional (verde e laranja), cuja idéia refletia o “**acolhimento**”.

No final de 2004 muda a Coordenação da PNH e, em janeiro de 2005, a PNH transfere-se para SAS. Na oportunidade o Ministro nomeia a nova Coordenação da PNH, Ângela Pistelle, assistente social, que ocupava anteriormente o quadro da Assessoria do Departamento da Atenção Básica – DAB, estando na nova gestão da SAS o Dr. José Gomes Temporão (MORI & OLIVEIRA, 2009).

Ainda neste ano, nos dias 25 e 26 de agosto, é realizada a 1ª Oficina Nacional dos GTH, cujo **objetivo** era pactuar a implantação da PNH no país, por meio da potencialização dos Grupos de Trabalho de Humanização, estaduais e municipais, e nas capitais. Em setembro de 2005 dá-se novo momento político, retorna à gestão da PNH um dos integrantes da formulação teórico-metodológica da Política, Dr. Adail Rollo.

Buscando a construção de interfaces intra e interinstitucionais e articulação com a sociedade civil, pactuadas na Oficina Nacional da PNH, realizada nos dias 28 e 29 de setembro de 2005, no Rio de Janeiro, a nova gestão apresenta alguns “focos” a serem trilhados/trabalhados (MORI; OLIVEIRA, 2009):

• **Foco 1:**

- Acesso com responsabilidade, vínculo e eficácia clínica;
- Continuidade do cuidado em rede;
- Garantia dos Direitos dos usuários.

• **Foco 2:**

- Trabalho criativo e valorizado;
- Construção de redes de valorização do trabalho em saúde.

• **Foco 3:**

- Produção e disseminação de conhecimento e aprimoramento de dispositivos da PNH;
- Formação, avaliação, divulgação e comunicação (Documento interno da PNH, 2005).

Ainda em 2005 a SESAB realizou o III Encontro Estadual de Humanização e Qualidade da Assistência, debatendo: “Humanização e Qualidade da Assistência: **FORTALECENDO VÍNCULOS**” nos dias 06 e 07 de dezembro de 2005 (BAHIA, 2005). Neste encontro foram

discutidos: a Política Nacional de Humanização; a Política Estadual de Humanização: Avanços e desafios; a Interface da Regulação com a Humanização da Assistência; Cuidando de quem cuida; Comunicação: sua inter-relação com o Poder e a Ética na equipe multidisciplinar e “O sucesso como questão de escolha pessoal”. Neste evento o MS se fez representar pelo Coordenador Nacional da PNH, Dr. Adail Rollo, que colaborou inclusive na efetivação do evento, cedendo um trabalhador, Sr Marcos Aurélio. (BAHIA, 2005. Disponível: <http://www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=1285>).

Em 2006 a Coordenação da PNH da Bahia envolveu-se com outros profissionais, no processo de trabalho para qualificar as Unidades a serem entregues aos usuários/cidadãos, Unidades estas situadas na Macrorregião Leste/Salvador, Macrorregião Oeste/Barreiras e Macrorregião Nordeste/Alagoinhas (BAHIA, 2006).

Em 2007 inicia-se uma “nova” Gestão no Estado e a Secretaria de Saúde/SESAB renova-se em sua estrutura. E com a PNH não fora diferente, passando a vincular-se à Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH da SESAB, sob a responsabilidade da Diretoria Gestão da Educação e Trabalho em Saúde – DGETS (BAHIA, 2008), que instituiu o Comitê de Humanização através da Portaria nº 2489/07 (BAHIA, 2007).

Esta Diretoria é responsável pela implantação/implementação do **Permanecer SUS**, Programa que integra educação-trabalho numa proposta de inclusão social, contribuindo, por um lado, para a implantação/implementação do acolhimento nas urgências/emergências e por outro lado, com o estímulo da permanência na universidade, de estudantes em vulnerabilidade socioeconômica, como por exemplo, os cotistas.

Considerando que o Permanecer SUS revela no seu escopo o desejo de “**Ampliar a potência de acolhimento nas unidades de emergência da Rede Própria** (Hospitais sob Gestão Direta da SESAB)⁹, mediante escuta qualificada e acionamento das redes interna e externa, garantindo satisfação ao usuário e a resolutividade das ações da assistência” (BAHIA,2007), faz-se necessário conhecer o Programa, sua operacionalização, sua contribuição ao modelo de atenção e a formação em saúde.

Nesse sentido, o presente estudo ganha relevância por intencionar produzir uma leitura do Programa Permanecer SUS e as possíveis mudanças desencadeadas nas práticas do cuidado

⁹ A SESAB, em sua estrutura organizacional, em especial a Diretoria da Rede de Hospitais, encontra-se assim composta: Hospitais da Rede Própria sob Gestão Direta e hospitais da Rede sob Gestão Indireta/Terceirizada. A Rede Direta possui: 16 hospitais (Capital/SSA) e 8 (interior). A Rede Indireta: 4 (Capital /SSA) e 12 (Interior).

realizadas pelos estudantes inseridos no referido Programa, junto aos usuários, nas unidades de Urgência e Emergência.

Assim, o estudo tem como *questão central* de investigação: *Qual a contribuição do PermanecerSUS para a formação dos estudantes?* Esta questão de investigação se desdobra nos seguintes *objetivos*:

2 Objetivo Geral:

Analisar as percepções de estudantes, gestores, docentes e trabalhadores sobre a implantação do programa Permanecer SUS em uma unidade de Urgência e Emergência do Estado da Bahia.

2.1 Objetivos Específicos:

- Analisar como as ações do Permanecer SUS, contribuem para a melhoria do atendimento nas Unidades de Urgência/Emergência.
- Identificar na percepção do estudante a influência do Permanecer SUS na sua formação;
- Analisar a percepção de Coordenadores de curso e Supervisores de Estágio das Universidades com Relação à formação dos estudantes envolvidos no Permanecer SUS.

2. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 Humanização no Cuidado

“Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética, em outros termos, garantir palavras ao sofrimento, a dor e prazer expressos em palavras necessitam ser reconhecidas” (DESLANDES, 2004).

A humanização dos serviços de saúde é um aspecto amplamente debatido em literatura (CECÍLIO, 2009; AYRES, 2005; BENEVIDES & PASSOS, 2005; DESLANDES, 2004; PUCINNI & CECÍLIO, 2004; CAPRARA & FRANCO, 1999; MARTINS, 2004; CAMPOS, 2005).

A revisão de literatura permitiu o acesso à produção científica acerca da humanização do cuidado. Com esta revisão, nos deparamos com uma polissemia conceitual do termo humanização, aspecto que vem sendo debatido no momento atual e se delineando uma necessidade de redefini-lo, refletindo as transformações das práticas de produção da saúde. Passos & Benevides (2005) nos convoca a uma reflexão do tema, levando-se em conta que os sujeitos,

quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Portanto, humanizar a atenção e a gestão no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde, no que tange ao acesso, com o acolhimento, com a valorização dos trabalhadores e usuários, com avanço na democratização da gestão e do controle social participativo e com a atenção integral e equânime, com responsabilização e vínculo.

Refletindo ainda,

“evidencia que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde. Para garanti-las, é preciso realizar mudanças dos processos de produção de saúde exigindo também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos” (PASSOS, 2009).

Para enfatizar o desafio de superar barreiras legais, em sua forma ampliada, tomando como exemplo a fala de Campos (2006), ao referir-se a Aristóteles, a equidade seria o exercício vivo da justiça: a única forma a contar-se com a justiça realmente justa (Campos, 2006). Reforça ainda que a “construção” da equidade depende de processos políticos e não apenas de controle avaliativo *ex post*, mas também mediante intervenções *a priori* dos agentes sociais. E que estes agentes sociais/sujeitos necessitam de processo de educação, informação e de interação para que “logrem” capacitar-se para o exercício dessa espécie de regulação social.

Por sua vez, Paim (2008) traz a equidade como princípio reiterado, junto à integralidade e a humanização, como objetivos para consolidação do SUS, aparentemente entendida como sinônimo de igualdade. Sabemos que alcançar a equidade é um dos focos da política de Promoção da Saúde, buscando reduzir as diferenças/DSS no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde/ autonomia.

Mas que sujeitos são estes, implicados no processo de humanização? Que humanismo a PNH está defendendo?

Deslandes, em seu discurso, sugere um amplo conjunto de iniciativas de oposição à violência, de oferta de atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria das condições de trabalho do profissional e ampliação do “processo comunicacional” (Deslandes, 2004, p.7).

Dialogado também por ARAÚJO & CARDOSO, estes lembram que:

“a comunicação seja reconhecida como fundamental ao controle social, numa perspectiva abrangente que incorpore lutas pelo direito à informação, mas também à comunicação; ou seja,

estão em causa a possibilidade de acesso adequado e suficiente às informações produzidas pelo Sistema de Saúde, mas também a de expressar, ser ouvido e ser levado em consideração” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Campos evidencia que a humanização depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. Propondo uma reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, e que este é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência (Campos, 2005, p. 400).

A Política Nacional de Humanização, portanto, entendida como um conjunto de princípios (transversalidade, inseparabilidade entre a clínica e política nos processos de produção de saúde, autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos) e diretrizes (Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, Saúde do Trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário e fomento das grupalidades e redes de coletivos), que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do Sistema, nasce como uma política que opera transversalmente na rede SUS (BRASIL, 2004).

Mas, que conceito é este de transversalidade que a PNH propõe? Que princípio metodológico está posto diante de nós, para avançarmos a missão do SUS, no sentido de garantir a universalidade do acesso, integralidade do sistema de saúde e equidade das ofertas?

Lembrando o que Passos (BRASIL, 2009) “conceitua por transversalidade em que ela indica outra forma de comunicação que supera a verticalização da comunicação hierárquica e a horizontalidade da comunicação corporativista”. E reforça ainda, que transversalizar é colocar lado a lado os diferentes, abrindo a comunicação dentro dos grupos e entre os grupos, é colocar na roda os diferentes trabalhadores do SUS, os usuários e trabalhadores, os trabalhadores e gestores, fazendo circular a palavra para a construção de um plano comum.

E isso numa dinâmica de redes, redes de trabalhadores (as equipes multiprofissionais), rede de serviços e dispositivos (sistema de saúde) e rede social (usuários e familiares, mas também trabalhadores organizados como movimentos sociais). Destacando que o princípio da transversalidade não se separa do princípio da indissociabilidade entre a atenção e gestão, entre modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho em saúde (PASSOS, 2009). Passos reforça, assim, a importância de uma conexão em rede quando nos propomos a gerar e gerir coletivamente os modos de lidar com a saúde.

Nesse sentido, a institucionalidade e a sustentabilidade que se impõe na PNH trazem para gestores, trabalhadores e usuários alguns desafios que teremos que persistir, fomentando protagonismos e corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Estamos diante de um novo desafio, alterar as práticas de saúde, transformando o fenômeno cotidiano dos serviços de saúde, como os indicadores de saúde: filas, a descontinuidade nos tratamentos, dificuldade de acessar os serviços, e a baixa responsabilidade pelo cuidado.

Mas como garantir tais mudanças, para torná-las mais duradouras? Para tanto, far-se-á necessário alterar os modos de organização dos processos de trabalho para mudar os modelos de atenção e de gestão (macropolítica), “pressupondo mudanças subjetivas dos trabalhadores (micropolítica) e usuários do SUS, defendendo a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade” (PASSOS, 2009).

É importante atentar para responsabilidades macro-sanitária e micro-sanitária, a fim de tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do sistema. A micro-sanitária, por sua vez, depende da organização do trabalho em saúde: atenção primária, ambulatorios ou centros de especialidades (CAMPOS, 2007).

E neste sentido, trazer o Acolhimento, estando ele entre as diretrizes da Política Nacional de Humanização, entendido como “recepção do usuário desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário” (BRASIL, 2004).

Paim (2008), em sua análise de Modelos de Atenção à Saúde, revela que o acolhimento vem sendo construído como proposta em resposta aos desafios para inversão de modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho.

O Acolhimento revela-se, portanto, uma das diretrizes de maior relevância ético-estético-política¹⁰, cujos princípios norteadores são: o plano coletivo como plano produção de vida; o

¹⁰ **Ética**, no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; **estética** porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; **política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “**estar com**”, potencializando protagonismos e vida (BRASIL, 2006).

cotidiano como plano ao mesmo tempo de produção, de experiência e invenção de modos de vida; e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar na vida (trabalhar, viver, amar, produzir saúde).

Deste modo, o acolhimento deverá servir como dispositivo de mudanças no modo de atenção à saúde (BRASIL, 2006), a que fora proposto pelo **Permanecer SUS (BAHIA, 2008)**, estando este fincado nas unidades de urgência e emergência de grandes hospitais do Estado/BA.

Bem sabemos que haverá grande desafio a ser travado, ao se considerar que a rede básica de serviços não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde, culminando num aumento da demanda na porta de entrada dos serviços de urgência e emergência.

Segundo Cecílio (1997; 2007), o hospital é um território virgem de trabalho, na perspectiva de trabalho de humanização do atendimento e da defesa da vida. É possível, sim, pensar na promoção da saúde, em educação na saúde, em criação de veículos no espaço hospitalar. Se olharmos “**para dentro**” iremos nos deparar com uma gama de valores/emoções. Cecílio nos convoca a refletir:

“o hospital pensado de outra forma que não a hegemônica hoje (hospital último recurso a ser usado: o paciente passivo diante da equipe, o paciente, corpo sobre o qual se intervém com a normativa exclusiva da equipe de saúde, [] o paciente anônimo e sem rosto, o paciente sendo a úlcera perfurada do leito “tal”, a paciente cuja família aflita só atrapalha a nossa rotina)”.

Indagamos: é possível construir novas práticas assistenciais no Hospital Público? Incorporando o “**olhar horizontal**” do usuário/cidadão, daquele que está no leito naquele momento, com a possibilidade do hospital ser normativo, comprometido com o cotidiano das equipes, criando vínculos das pessoas com o sistema de saúde, reformulando suas vidas, adquirindo novos hábitos de auto cuidado e autonomia.

Neste sentido, o “**novo hospital**” pode e deve ser um espaço de promoção de saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes colaborando ativamente na construção de novas relações dentro do sistema de saúde (CECÍLIO, 2007).

2.2. Acolhimento

“Significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução dos seus problemas. Por consequência, o acolhimento deve garantir a

resolutividade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário” (SOLLA, 2006, p. 213).

A proposta do Permanecer SUS junto às Unidades de Urgência e Emergência, alicerça a composição das mesmas no acolhimento junto à clientela e na qualificação dos atores (estudantes) envolvidos no processo de construção/ativação da sua práxis.

Considerando-se a tensão existente entre a expectativa dos cidadãos que buscam atendimento em unidades de urgência e emergência e a necessidade de um atendimento integral, sentida pelos profissionais, evidencia-se a necessidade da organização de práticas de cuidado buscando uma construção de redes horizontalizadas.

Neste ponto nos reportamos ao senso de que o cidadão/sujeito/usuário, ao dirigir-se a uma unidade de urgência/emergência, o faz em busca do atendimento médico, profissão esta que “há muito é definida como ciência e arte de curar” (CAPRARA & FRANCO, 1999, p. 648). Torna-se, então necessária a discussão sobre a relação médico-paciente.

Ao analisar a (Re) humanização da medicina, descreve-se o pensamento de Hipócrates: “as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que o regem e com a qualidade individual dele (o médico) se fixa com segura visão”.

Eis que a supervalorização das ciências biológicas, da super especialização e dos meios de tecnologias, que acompanharam o desenvolvimento e a valorização da medicina nessas últimas décadas, trouxe consigo a “desumanização” do médico. Não só pela exigência de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais do trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo sobremaneira a disponibilidade com o paciente (DANTE, 2000).

Segundo Dante (2000, p. 8), a desumanização da medicina deve ser encarada não apenas do ponto de vista ético, da relação médico-paciente, mas também do ponto de vista epistemológico. Não raro a literatura retrata descrição de exemplos do cotidiano:

“Olhos fixos na parede, cativados por estranhas e belas imagens que retratam detalhes do tórax e músculos”. Imagens de corpos nus dissecados revelavam que por dentro os humanos sempre foram mais iguais do que imaginavam. Chegou o grande dia, o mais esperado e o mais temido. Os novos alunos teriam a primeira aula de anatomia. Não lhes cabiam no imaginário o que os esperavam. Queriam ser heróis da vida, aliviar a dor e prolongar a existência, mas o currículo insensível da medicina os abalaria, sem nenhum preparo com a imagem grotesca da morte. O sonho de se tornarem heróis da vida receberia um duro golpe. Iam se deparar com corpos despídos, dispostos sequencialmente como animais (CURY, 2005).

A narrativa demonstra uma realidade vivenciada por estudantes em sua iniciação no universo da “saúde”. Tal situação requer uma construção de canais de formação/educação,

conduzindo-nos a um processo de reflexão histórico-filosófica. Segundo não é possível propor/pensar a gestão em saúde, seja gestão do sistema, seja dos serviços, seja da gestão da atividade, sem que se leve em conta o modo como estas políticas se constroem e o que nelas se reafirma como “público”, devendo, portanto, estarem comprometidas (as políticas) com a coletividade da gestão, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos).

Merhy (1997) propõe um desafio, no sentido de buscarmos outro modo de pensar/operar o trabalho em saúde e de construir uma relação mais solidária entre trabalhadores e os usuários (que somos) e os próprios trabalhadores, do ponto de vista do seu desempenho técnico e de construção de um trabalhador coletivo na área de saúde.

Os trabalhadores deverão responsabilizar-se, portanto, pela qualidade do serviço que oferta, em sendo este um *trabalho vivo em ato*. Não nos recusemos a dispor de tudo que temos para defender a vida, como possuidores do que a tecnologia em saúde melhor fornece que é nosso saber, o nosso conhecimento e nosso trabalho em ato. No sentido de construir um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor (intersecção partilhada), na busca de resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida.

Ademais, refletindo, o espaço intercessor, em sendo um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituiu, como as necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído os captura ou é invadido pelas mesmas. Dialogando, identificando os ruídos (caixa preta) no cotidiano dos serviços de saúde, buscando analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

Ao interrogamos o acolhimento (tecnologia leve) como prática no cotidiano do processo de trabalho, podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para repensar o processo de trabalho em saúde e da abertura que permite se olhar para o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997).

2.3 Educação Permanente

“Por educação, entendemos um processo permanente que envolve busca crescimento, atualização e, sobretudo, a formação sistemática intencional, moral e intelectual. Este processo efetiva-se a partir do contato com outros seres humanos. Educar significa **humanizar e humanizar-se**, porém, isto requer partilha, e principalmente formação para viver e ensinar” (FREIRE, 2007).

Neste panorama, a educação permanente, como prática de ensino aprendizagem, como produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde (aprendizagem significativa), a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, conduzindo-os a uma problematização das realidades locais, como estratégia de transformação das práticas (práticas significativas).

Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, que promove e produz sentidos, propondo que a transformação das práticas devam estar atreladas à reflexão crítica sobre as mesmas em ação nas redes de serviço, Roschke (BRASIL, 2003, p.7) evidencia que “a Educação Permanente é **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, propondo que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e controle social em saúde, tendo como objeto a transformação das práticas, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho”.

Para Ceccim (2005) a educação permanente se insere em uma necessária construção de relações e de processos que vão ao interior das equipes em atuação conjunta - implicando seus agentes às práticas interinstitucionais e/ou setoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Ceccim (2005) descreve um novo desenho/geometria na educação permanente, em que se constitua como relevante a necessidade de integração **ensino – serviço – gestão – controle social** e a articulação com movimentos estudantis de graduações nas profissões de saúde. Considerando, como inovadoras as experiências integradas entre gestores, formadores, usuários e estudantes, com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores.

De acordo com Paulo Freire,

“ensinar exige pesquisa, exige criticidade, exige estética e ética, exige corporificação das palavras pelo exemplo, exige aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, exige reflexão crítica sobre a prática, exige consciência do inacabamento, exige alegria e esperança, exige convicção de que a mudança é possível, exige competência profissional, exige comprometimento, exige tomada consciente de decisões, exige reconhecer que a educação é ideológica” (2007, p. 7).

Criador ou disseminador de conceitos como opressor, oprimido, alienação, liberdade, emancipação, conscientização, compromisso, participação, inédito viável, educação bancária, humanização, educação dialógica, práxis, Freire vê os homens em luta pelo prestígio e pela transformação social (opressores x oprimidos), o que somente pode ser mudado via educação, pois no dizer de Freire, “se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda” (FREIRE, 2007).

Para Freire, educar é um processo dialético, que deve proporcionar ao homem sua emancipação e ser desenvolvido em favor das minorias excluídas e estigmatizadas ao longo da História, a fim de que a força do coletivo se faça presente de modo consciente e igualitário. Paulo Freire compreende o processo de formação da seguinte forma: “é preciso que desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma, se forma e reforma ao formar, e quem é formado, forma-se e forma ao ser formado” (2007b, p. 23).

A *práxis* para ser verdadeira deve decorrer da conscientização efetiva, do discernimento claro sobre alguma situação e do exercício democrático verdadeiramente crítico, uma vez que, de acordo com Gramsci, no contexto social todos são intelectuais, mas nem todos exercem a sua intelectualidade. Suas idéias referem-se à importância e à necessidade de uma educação como prática da liberdade, ou seja, educação como processo de mudança, uma educação problematizadora, contextualizada, dialógica; uma educação transformadora que conduza a conscientização por meio da participação coletiva, o que contribuiria para a efetivação da Educação Cidadã, autônoma, promotora da verdadeira inclusão social, o que se opõe terminantemente à inclusão de fachada, visível em muitos segmentos sociais.

Ceccim e Ferla (2008) desenvolveram o conceito de Educação Permanente em Saúde, entendida ao mesmo tempo como prática de ensino-aprendizagem e política de educação em saúde:

Prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A educação permanente em saúde se apóia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro (p. 162-163).

Sendo assim, para pensar a integração entre as mudanças necessárias à consolidação do SUS na perspectiva da humanização e às ações de formação de profissionais, ganha força a compreensão de que a ação profissional na saúde se insere em uma realidade social complexa e que exige, dia após dia, o pensar de soluções para problemas complexos, inseridos no campo da determinação social do processo **saúde-doença-cuidado**.

Por conseguinte, tornam-se cruciais mudanças de práticas profissionais, orientação científica, métodos, cenários para o ensino e, principalmente, mudanças nos compromissos assumidos historicamente pelos profissionais da saúde.

A Política de Educação Permanente em Saúde define o trabalho como local privilegiado de aprendizagem, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Nesse sentido, “aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho” (DAVINI, 2009, p.45). Estimula a capacidade crítica e de insubmissão dos sujeitos envolvidos no processo educativo, possibilitando o exercício democrático e a reflexão sobre as políticas e prática, incentivando ações que possam modificar e reorganizar serviços.

O cotidiano das práticas de saúde, onde o trabalho se concretiza, possibilita o desenvolvimento de diferentes tecnologias, a produção do conhecimento científico e o estabelecimento de relações entre profissionais, entre profissionais e usuários e entre “**serviço-usuário**” (SCHRAIBER, 1995, p. 28-30). De fato, é na gestão do trabalho que os princípios da reforma sanitária brasileira podem ser concretizados. Universalidade, equidade, solidariedade, participação, integralidade, ética, dentre outros, se articulam com as políticas públicas, com o planejamento e com as práticas de saúde (SCHRAIBER, 1995; PAIM, 2002).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2006), a pesquisa qualitativa é aquela que não se preocupa em quantificar, mas sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são disponíveis de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalhos com vivência, com experiência, cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada.

Em particular, o estudo envolveu consulta de registros do livro de ocorrência do programa realizado pelos estudantes, realização de entrevistas semi-estruturadas com estudantes inseridos no **Permanecer SUS**, com os coordenadores dos cursos de graduação das Universidades.

Realizou-se ainda entrevista com o Secretário de Saúde do Estado da Bahia e com os responsáveis pelo Programa (SUPERH e SAIS), bem como com um preceptor inserido na unidade hospitalar em estudo. Além de gestores/coordenadores da unidade selecionada.

Foi realizado um primeiro levantamento de material, através de análise documental dos três meses que antecederam o Programa, um segundo levantamento do período de atuação do

Permanecer SUS, e um terceiro levantamento posterior ao período de um ano de atuação do Programa. Tais abordagens foram utilizadas para analisar o programa **Permanecer SUS** implantado em uma unidade de emergência da Rede Própria do Estado da Bahia. Atualmente, o **Permanecer SUS**, encontra-se inserido em seis unidades hospitalares da rede própria da SESAB.

3.1 Lócus do estudo

O Hospital Geral do Estado foi inaugurado em 20.04.1990, na gestão do então Governador do Estado o Senhor Nilo Coelho, sendo Secretário de Estado da Saúde o Dr. Luis Carlos Calmon Teixeira. Localizado à Avenida Vasco da Gama S/N, Salvador/Bahia, é um hospital de alta complexidade e especializado em urgência e emergência e em trauma.

O HGE foi construído para substituir o antigo Hospital Getúlio Vargas - HGV, conhecido pela população como PRONTO SOCORRO, que durante 50 anos prestou assistência à saúde em urgência e emergência. Com área total construída de 16.807.48m², a edificação da unidade é constituída sete andares, sendo um térreo, quatro andares superiores e dois subsolos. (BAHIA, 2010). Segundo informe da Diretoria de Recursos Humanos – DGRH da SESAB, em maio de 2011 o HGE contava com dois mil servidores efetivos. Com duzentos e quarenta e oito leitos distribuídos em 08 enfermarias, presta uma média de oitenta mil atendimentos com uma média de 700 cirurgias/mês, além dos atendimentos de urgência e emergência.

O Hospital Geral do Estado é classificado junto ao CNES (BRASIL, 2000) como Tipo III, Grande Porte com demanda espontânea e referenciada pela Central de Regulação (BRASIL, 2002). Tem a finalidade de prestar atendimento de média e alta complexidade, é especializado em traumas e queimaduras, com características de urgência e emergência. Possui no total 248 leitos, distribuídos: 72 leitos no Setor de emergência/urgência e 256 leitos de enfermaria (04 andares).

A emergência é constituída de centro cirúrgico/C.C com 09 salas, CRPA (Centro de Recuperação Pós Anestésico) com 07 salas, UTI(s) com 32 leitos. Triagem, pediatria, sutura, PA-M (pronto atendimento masculino), PA-F (pronto atendimento feminino), ortotrauma, setor de bio-imagem (raioX, tomografia, ultrassonografia) endoscopia digestiva alta (EDA), laboratório, ECG, e farmácia. Aí encontra-se ainda, o setor de informação/SAME (localização de paciente), setor de registro (cadastro de paciente), ambos pertencentes ao SAME, serviço social, posto policial, central de regulação, serviço responsável pelas transferências interna/externa de pacientes para outras unidades de saúde e/ou acolhimento às solicitações da REDE, central de captação de órgãos, sob a coordenação de transplante SAIS/MS (BRASIL, 2000).

Na urgência-emergência, o atendimento diário é de 250 casos em média, tendo as seguintes especialidades: neurocirurgia, urologia, traumato-ortopedia, oftalmologia, cirurgia

geral, otorrinolaringologia, cirurgia de mão, odontologia, cirurgia plástica, buco-maxilo, pediatria, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, nutrição. O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) possui 42 leitos, é referência para todo o Estado, ainda que, a partir de junho/2006 tenha sido inaugurado o HO (Hospital do OESTE/Barreiras) e Hospital de Santo Antônio de Jesus, com capacidade para atendimento nesta especialidade.

O HGE conta com o serviço de atendimento a pacientes com traumatismo raqui-medular (TRM), referência no Estado (BRASIL, 2001, 2005). Este serviço passou a contar com uma nova sala específica para este atendimento, vindo a possibilitar a redução de tempo de espera para a realização de cirurgias nos portadores de trauma na coluna vertebral, sendo inaugurada em novembro de 2009.

O HGE dispõe também do serviço de cirurgia de mão (referência no Estado), que em 2009 realizou 2 (dois mil) procedimentos cirúrgicos e tem juntado a si o reconhecimento da Sociedade de Cirurgia de Mão.

Em conformidade com o POA/Plano Operativo Anual (BAHIA, 2010), o HGE possui as Comissões preconizadas pelos Planos tais: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Ética Médica, Comissão de Enfermagem; Comissão de Farmácia Terapêutica; Comissão de Humanização Comissão de Intra-Hospitalar de Transplante. Possui ainda o Núcleo de Epidemiologia e Setor de Estatística.

O HGE é o primeiro hospital público do Estado a fazer uso de gás natural, através de Termo de Compromisso da SESAB junto à BAHIAGÁS (BAHIA, 2009), onde tanto a lavanderia quanto o serviço de nutrição foram beneficiados.

A Unidade encontra-se inserida no Programa de Internação Domiciliar (PID) (BRASIL, 2006), no QualiSUS (Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência do SUS) (BRASIL, 2006), proposta mediante critérios de acolhimento, humanização, resolubilidade e integralidade. A Capacidade instalada da Unidade esta distribuída segundo informe/atualização do CNES, é através dela que podemos acolher ou não os cidadãos/usuários segundo o Termo de Contrato Entre Entes Públicos, termo este que implica em troca de serviços e repasses financeiros (BRASIL, 2010), conforme demonstrado abaixo:

Quadro 1 : Capacidade Instalada do Hospital Geral do Estado. Bahia. 2010.

AMBULATÓRIO	
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Nº (CNES)
Consultórios – Emergência	03
Leitos de Observação ¹¹	46
Macas utilizadas como internação (Leitos Flutuantes)	122
Salas de Odontologia	01
Salas de Fisioterapia	01
Salas cirúrgicas – Ambulatório	01
Consultório – Ambulatório	02
Salas de Fisioterapia	01
OUTROS SERVIÇOS	
Consultórios Especializados	02
Consultórios não Médicos	02
Sala de Enfermagem	01
Sala de curativo	01

INTERNAÇÃO - LEITOS EXISTENTES

ESPECIALIDADE/SERVIÇO	CNES
INTERNAÇÃO	
UTI – Geral	32
CENTRO CIRURGICO	
Salas cirúrgicas - C.C.	09
RPA	07

Fonte: BAHIA/SESAB/DGRP/DIRP-GD/POA.

3.2 Sujeitos do estudo

A pesquisa foi realizada com estudantes inseridos no Permanecer SUS, trabalhadores da unidade de saúde contemplada com o programa, gestores estaduais de saúde (Secretário de Estado e Coordenadora do Programa) e coordenadores dos cursos de graduação das Universidades

¹¹O **Plano Operativo** foi construído de maneira participativa, com Gestores e trabalhadores/supervisores responsáveis pelo acompanhamento das unidades da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Direta da SESAB-DIRP-GD, local de trabalho da pesquisadora, atuando como trabalhadora do SUS.

UCSAL, UNEB e UFBA, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 1996)**.

Com relação aos estudantes, foram entrevistados 11 alunos, distribuídos uniformemente pelos três turnos de estágios nos quais o Permanecer SUS é contemplado. O critério para escolha das entrevistas deu-se levando em consideração os critérios:

- Estudantes que já haviam completado o período de estágio junto ao Permanecer SUS, fundando em outubro de 2009. Desta relação, todos os estudantes que foram contatados aceitaram ser entrevistados, sendo um total de 05 (cinco) estudantes entrevistados, perfazendo um total de 100%.
- Estudantes que se encontravam em via de completar o estágio fundando em março de 2010, deste período 05 (cinco) estudantes foram entrevistados;
- Estudantes que iniciaram o estágio em março de 2010. Nesta ocasião, de dois estudantes foi selecionado um, perfazendo um total de 50%.

Foram entrevistados 4 (quatro) Coordenadores, supervisores dos cursos de graduação das Universidades envolvidas (UCSAL, UNEB e UFBA), atores importantes na identificação de como o programa Permanecer SUS tem influenciado na formação profissional dos estudantes. Foi entrevistado ainda o Preceptor da unidade estudada.

No transcorrer do processo de Observação Participante, viu-se a necessidade de rever alguns contatos/entrevistas, sendo colhidas informações importantes para o desfecho da análise, o que constituiu-se um divisor, perfazendo um total de 26 entrevistas, distribuídas, codificadas da maneira explicitada no **Quadro de nº 4**. (Codificação dos Entrevistados)

• **Estudantes**, codificadas segundo o período, universidade e área. Quanto ao período, fez-se uso das cores: **Azul** : 2008 - 2009

Verde: 2009 - 2010

Vermelho: 2010 - 2011

• **Universidade**: codificadas numericamente: **UFBA nº 1**

UNEB nº 2

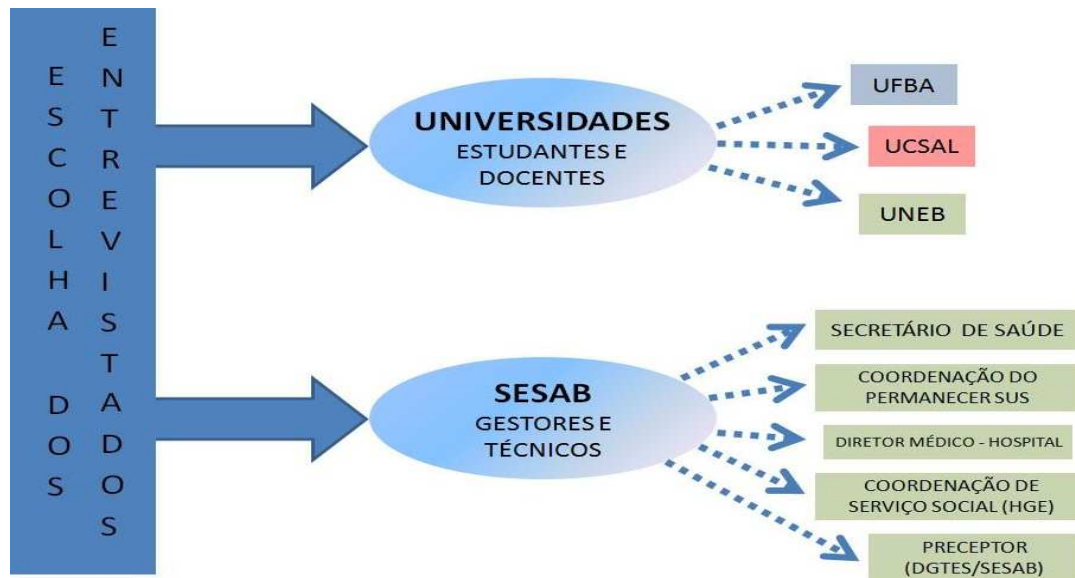
UCSAL nº 3

• **Área**: codificadas através de letras maiúsculas: Enfermagem: **A**

Serviço Social: **B**

Psicologia: **C**

QUADRO 2: SUJEITOS DO ESTUDO /



Fonte: Roteiro do Diário de Campo.

Seguindo a demonstração teremos:

QUADRO 3: CODIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

INSERÇÃO ESTUDANTE	INSTITUIÇÃO	ÁREA	ESTUDANTES	CÓDIGO
PERÍODO NO PERMANECER SUS 2008-2009 2009-2010 2010-2011	UFBA (1)	Enfermagem (A)	3*, 9*	1A3; 1A9
		Psicologia (C)	2	1C2
	UNEB (2)	Enfermagem (A)	1, 5	2A1; 2A5
	UCSAL (3)	Serviço Social (B)	4, 6, 7, 8*, 10	3B4; 3B6; 3B7; 3B8, 3B10
C – COORDENADOR	UFBA (docente)		1, 2	Cd1; Cd2
	UNEB (docente)		3*	Cd3
	UCSAL (docente)		4*	Cd4
P – PRECEPTOR	SESAB/HGE		7	P7
G – GESTOR	SESAB (Sec. da Saúde do Estado da Bahia)		8	G8
	HGE (diretor clínico)		9*	G9
	Coord. Permanecer-SUS (gestor intermediário)		5	Cg5
	HGE- Serviço Social (gestor intermediário)		6*	Cg6
*Participantes entrevistados duas vezes.				

Fonte: Roteiro do Diário de Campo.

3.3 Etapas da coleta de dados

A realização da coleta de dados ocorreu durante o período de janeiro a março de 2010 na Unidade de Emergência a que foi selecionada, relatada anteriormente (Hospital Geral do Estado), envolvendo uma triangulação de métodos, descrita a seguir:

3.3.1. Pesquisa e análise dos documentos

Relativos à Política Estadual de Humanização e ao Programa Permanecer SUS: levantamento de arquivos bibliográficos e eletrônicos acerca da temática tanto a nível nacional quanto estadual, resgatando publicações e documentos internos (projetos, relatórios de eventos, atas, ofícios, folders, informes eletrônicos, notícias veiculadas em jornais, fluxos de políticas públicas, registros do livro de ocorrência¹² do programa, pesquisa através do DATASUS e IBGE, entre outros).

A pesquisadora buscou informações que precederam sua inserção como tal no “ambiente” a ser desvelado, melhor dizendo: redescoberto¹³.

3.3.2. Observação participante:

O instrumento utilizado nesta fase da coleta de dados foi o “**Diário de Campo**”, documento pessoal do pesquisador, em que tudo deve ser registrado. Contudo, para realizá-lo é importante que o pesquisador tenha o cuidado na seleção dos fatos a serem coletados, bem como o modo de recolhê-los, considerando que, tanto o pesquisador como os atores, **sujeitos-objeto** da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade (MINAYO, 1992).

No diário de campo ficam reservadas as anotações referentes a impressões subjetivas do pesquisador, sentimentos, reações, percepções. Procurou-se manter a lógica de um diário de viagem, no qual se escreve todo dia, sem restrições. Alguns aspectos foram observados: a) condição de acesso ao local de atendimento; b) características do local de atendimento, espaço físico e estímulos visuais; c) características gerais da população atendida; d) contatos iniciais com os profissionais; e) número de pacientes atendidos no turno; f) organização das fichas de atendimento; g) comportamento dos profissionais de saúde no atendimento, no preenchimento

¹² O livro de ocorrência é um registro diário no qual os estudantes relatam os atendimentos realizados no seu plantão, contemplando as demandas dos usuários e os encaminhamentos realizados.

¹³ Considerando que a atividade profissional da pesquisadora é desenvolvida junto à Diretoria da Rede Própria, na qualidade de Supervisora Hospitalar, motivo pelo qual, tem conhecimento da rede hospitalar da SESAB, na qual o HGE se insere.

dos formulários e na demanda de outros profissionais; h) condições de privacidade do atendimento.

Neste sentido, a pesquisadora elaborou “*UM ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO*” (BRITO, 2010), seguindo de maneira a que este se constituísse em uma “**ferramenta orientadora**” e possibilitasse uma avaliação do seu desempenho no transcorrer do trabalho na observação participante.

3.4. Análise dos dados

Todos os dados coletados através da pesquisa documental, entrevistas semi-estruturas e observação participante, foram triangulados entre eles seguindo duas etapas principais:

As entrevistas foram analisadas e categorizadas pela técnica da análise de conteúdo. Esta abordagem busca revelar o significado da experiência vivida pelos sujeitos, através da interpretação da narrativa de falas transformadas em texto. Neste método a interpretação é vista como um processo que envolve as seguintes etapas: 1. Fixação das entrevistas como textos; 2. Leitura simples (flutuante); 3. Análise estrutural; 4. Compreensão abrangente do texto (isto é, todas as entrevistas são vistas como um todo e em especificidade) (EKMAN et al, 2000).

Após leitura dos achados no transcorrer da Observação Participante, fez-se uma análise do contexto/universo da pesquisa enfatizando como se dá a práxis dos participantes do Programa. Considerando como uma das propostas do Projeto Permanecer SUS, “*Promover o incremento e a troca de conhecimentos necessários de forma a influenciar o processo de trabalho com a consequente mudança na dinâmica institucional*” (BAHIA, 2008).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFBA, e acompanhado de Termo de Consentimento Livre e Consentido (APÊNDICE II), de acordo com a resolução CNS 196/96 (BRASIL, 2006).

4. PERMANECER SUS: DO PROJETO AO COTIDIANO PESQUISADO

4.1. Caracterização do Projeto

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, visando à humanização e à melhoria do atendimento nas emergências de grandes hospitais da Rede Própria de Salvador, propõe a implantação do Programa Permanecer SUS, a fim de fortalecer a Política de Humanização - PNH. Nesse sentido, tem como finalidade a implantação do acolhimento, considerando uma das diretrizes de maior relevância da PNH.

Este projeto nasce como parte da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente e integra educação-trabalho numa perspectiva de inclusão social, visando contribuir, de um lado, para implantação do acolhimento nas urgências/emergências e de outro lado, com o estímulo à permanência de estudantes universitários em vulnerabilidade socioeconômica.

A entrevista realizada com o Secretário de Estado da Saúde sobre a criação do Permanecer SUS, aponta para a articulação Serviço-Universidade:

“(.....) definir duas motivações: uma, o início para fortalecer as ações de humanização, porta de entrada das principais unidades de emergência e qualificar essa primeira abordagem, primeiro atendimento. E do outro lado, também, nós recebemos provocações por parte da Universidade Federal, no sentido de que a gente pudesse fazer alguma ação articulada, com cursos da área da saúde, visando o programa voltado para bolsas, para alunos que tivessem ingressado dentro do sistema de cotas. Considerando que são alunos que precisam, também, ter algum apoio financeiro para se manter nos seus estudos. Foi isso que, digamos assim, essas duas provocações, terminaram coincidindo na formatação de um projeto, onde a gente reforça a abordagem feita nas principais emergências dos hospitais estaduais. E essa abordagem feita com alunos, prioritariamente que entraram em cursos de saúde, nas políticas de cotas.” (G8)

Diante da consonância dos objetivos, a Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH (através da Diretoria de Planejamento e Gestão da Educação do Trabalho - DGETS e da Diretoria de Recursos Humanos - DARH), tornou-se responsável pela formalização contratual do Programa. A DGETS elaborou o Projeto, incumbindo-se da sua implantação, contando com a participação dos setores de recursos humanos das unidades hospitalares e das universidades. A elaboração desta proposta pela Secretaria da Saúde do Estado teve suas origens em janeiro de 2007, após a posse do Secretário da Saúde, cujo discurso evidenciava:

“(...) Atenção, cuidado, respeito, qualidade, acolhimento, facilidade de acesso, direito, cordialidade e humanização irão marcar a referência aos serviços de saúde (...) (BAHIA, 2007).

O Projeto Permanecer SUS, apresenta como **objetivo geral**:

“Ampliar a potência de acolhimento das Unidades de Urgência e Emergência em questão, mediante escuta qualificada e acionamento das redes interna e externa, garantindo satisfação e a resolutividade das ações da assistência” (BAHIA, 2008, p.5).

Este objetivo se desdobra nos seguintes **objetivos específicos**:

- Promover a compreensão e o conhecimento teórico, prático e político filosófico dos princípios básicos do SUS, no âmbito hospitalar;
- Contribuir com a implantação da política de Humanização em emergências hospitalares, com o foco no dispositivo do acolhimento;
- Oportunizar, através de conhecimentos adquiridos no programa experiência em estágio não obrigatório, favorecendo o ingresso no mercado de trabalho;

- Promover o incremento e a troca de conhecimentos necessários, de forma a influenciar o processo de trabalho com a consequente mudança na dinâmica institucional com vistas ao atendimento de saúde com qualidade;
- Contribuir com a permanência de estudantes em vulnerabilidade socioeconômica na vida acadêmica.

O processo de implantação do Programa foi iniciado com a articulação entre SESAB e Universidades, no sentido de definir os campos de práticas, o monitoramento da proposta, a seleção e supervisão dos estudantes. Participam do programa a Universidade Federal da Bahia/UFBA, a Universidade do Estado da Bahia/UNEB e a Universidade Católica do Salvador/UCSAL.

Foram selecionados estudantes inseridos do 4º ao 7º semestre, seleção esta realizada através das coordenações dos departamentos acadêmicos, no caso da UCSAL e UNEB, sendo que na UFBA ficou a cargo, no primeiro momento, da Coordenação das Ações Afirmativas. Foram realizadas duas fases de seleção:

1ª Fase: considerados como potenciais candidatos os alunos cotistas e beneficiados pelo PRO-UNI¹⁴ e FIES¹⁵. Esta fase realizada pelas Universidades.

2ª Fase: capacitação seletiva, realizada pela SESAB, por meio da Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH, através da Diretoria de Gestão de Educação do Trabalho e Saúde - DGETS.

Após a seleção, os estudantes (Medicina, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) participaram de oficinas pedagógicas com o objetivo de capacitá-los para a atuação nas emergências. Assim, a discussão teórica-prática, realizada durante 03 dias, num total de 24 horas, permitiu inclusive a caracterização do perfil adequado para atuar no Programa.

Em relação à identificação do perfil para atuação nas emergências e inserção no Programa, o critério adotado encontra-se explicitado no projeto:

¹⁴ O ProUni - Programa Universidade para Todos tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. Criado pelo Governo Federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005, oferece em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas instituições de ensino que aderem ao Programa (Acesso: <http://prouniportal.mec.gov.br>).

¹⁵ O Programa de Financiamento Estudantil - FIES é um programa da Caixa Econômica Federal destinado a financiar, prioritariamente, a graduação no Ensino Superior de estudantes que não têm condições de arcar com os custos de sua formação e estejam regularmente matriculados em instituições não gratuitas, cadastradas no Programa e com avaliação positiva nos processos conduzidos pelo MEC (Acesso: http://www3.caixa.gov.br/fies/FIES_FinancEstudantil.asp).

“Demonstrar habilidades comunicativas e atitudes relacionais que favoreçam a interação com a equipe, como: saber ouvir, ser cooperativo e pró-ativo” (BAHIA, 2008, p.7).

Depois de selecionados os estudantes firmaram “Termo de Compromisso” junto à SESAB, sendo contemplados com bolsas de estágio, tendo como fonte pagadora o Tesouro Estadual (BAHIA, 2009). Os estudantes aprovados cumprem uma carga horária de 20 (vinte) horas semanais, sendo 16 (dezesesseis) horas destinadas à prática e 4 (quatro) horas à educação permanente, pelo período de 06 (seis) meses, ininterruptamente, podendo ser renovado por mais 06 (seis) meses, de acordo com a Resolução da SAEB nº 50 de 15 de março de 2006, publicada no D.O de 06 e 07 de maio de 2007 (BAHIA, 2007).

Em contrapartida, as unidades teriam que apresentar alguns critérios para implantação do programa como:

- Disponibilidade dos servidores para exercer a função de preceptoria de segunda a sexta – feira, nos horários estabelecidos pela DGETS;
- Ressalta-se a importância de que os horários dos preceptores sejam, na medida do possível, fixos, tendo em vista a necessidade de se estabelecer vínculo com os estudantes;
- Os preceptores deverão participar quinzenalmente de reuniões com os técnicos da DGETS;
- Necessidade de um espaço físico com mesa, cadeiras, armários e camas, para funcionar como sala de apoio e de descanso nos plantões noturnos;
- Deverá ser assegurado o almoço, caso o estudante se encontre no estágio no período das 11:00h às 15:00h, assim como o lanche noturno.

Após o trâmite para formação da equipe, deu-se o lançamento do Programa Permanecer SUS, no dia 06 de março de 2008 (BAHIA, 2008), com a presença do Governador do Estado, representantes das Universidades, estudantes, Comitê de Humanização e QualiSUS. Na oportunidade, o Governador salientou:

“A população vai se sentir mais acolhida, mais aproximada das políticas públicas de saúde. É um programa importante porque faz essa ligação, de trazer os estudantes que estão se formando para dentro dos hospitais. O SUS é uma conquista da sociedade baiana e brasileira, e eles poderão ter uma idéia completa do que isso significa, entendendo que o SUS é fundamental para a maioria da população brasileira” (BAHIA, 2008).

Por sua vez, o Secretário da Saúde evidenciou:

"Serviço que tem estudante não permite que a rotina se instale, é serviço com qualidade. Fazendo essa primeira aproximação com a família, em um momento de dor, quando o familiar muitas vezes vive um momento de estresse, o estudante vai dar um suporte muito interessante” (BAHIA, 2008).

Ainda na solenidade, o Reitor da UFBA destacou:

“Além de ser uma necessidade biológica, saúde é desejo, subjetividade, e de nada adianta ter um sistema de atendimento de alta tecnologia sem a humanização. E a maior dificuldade para essa humanização é ter pessoas interessadas em olhar para a outra pessoa. O Permanecer SUS é uma semente de potencial imenso, porque dá uma oportunidade para que a luta de nossas instituições se coadune com a nossa luta pelo SUS” (BAHIA, 2008).

O Programa teve início em três hospitais de grande porte da rede própria estadual, localizados em Salvador: Hospital Geral do Estado – HGE; Hospital Geral Roberto Santos - HGRS e Hospital Ernesto Simões Filho - HGESF. Posteriormente foi estendido para as demais unidades hospitalares: Hospital João Batista Caribé – HJBC; Hospital São Jorge, sob a administração das Obras Sociais Irmã Dulce – OSID; Hospital Geral Menandro de Faria – HGMF; e Maternidade Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA.

Uma das docentes entrevistadas relembrou as primeiras discussões e idéias que originaram o programa:

“... a gente tem a coordenadoria das ações afirmativas, dentro dessa coordenadoria existe um programa Permanecer, que foi é... a referência para criação desse programa de Permanência SUS.” [.] “então quando o Permanecer SUS vem buscar esse subsídio da UFBA, vem buscar exatamente essa lógica ‘né’, de trabalhar dentro da SESAB, com estudante com perfil de vulnerabilidade socioeconômica, dentro de um projeto que fosse relevante para sua formação acadêmica. Oferecendo uma contrapartida financeira, uma bolsa, que inicialmente era de duzentos e...” (Cd1).

No primeiro ano os estudantes organizavam suas atividades em regime de plantão. Esta rotina foi alterada em função da nova Lei de Estágio (BRASIL, nº 11.788, de 25 de setembro de 2008). Na ocasião os estudantes alternavam o plantão noturno/diurno. Com a nova Lei, passaram a exercer suas atividades em horário administrativo, com carga horária de 04 horas diárias. Tal medida comprometeu a permanência de alguns estudantes no Projeto, bem como seu envolvimento nas atividades, como demonstram os depoimentos de estudante e coordenadora de serviço social da Unidade:

[...] eram 12 horas para o plantão noturno e mais quatro pela manhã [...] no início os plantões eram bem calmos. Os plantões de quarta. Então assim, havia períodos em que a gente quase não tinha o que fazer, a gente ficava buscando o que fazer. Ia lá nas salas pra ver se estava precisando de alguma coisa, mas assim, nos últimos meses começou a ficar muito agitado ‘né’ [...] Ou tem ou não tem! Então, pra mim, a maior falha deles é essa! Chega ao final de semana, todo mundo sabe que no final de semana tem um quadro reduzido. Se você tem nove assistentes sociais durante a semana, você tem três no final de semana! (3B10)

[...] É por causa da lei de estágio não tem sentido que é só pros outros, porque pra medicina não é! [...] Não tem sentido! Então pense, isso é uma discriminação que não tem sentido nenhum, nenhum, acontecer. Porque eu não consigo ver uma coisa que é importante, pra certas pessoas numa hora e não é pra outra (referindo-se ao fato de que

os estudantes de medicina continuam frequentando o hospital à noite). Pra mim o Permanecer perde todo o valor dele por causa disso. (Cg 6)

De acordo com as opiniões colhidas, o Programa teria perdido força, na medida em que os estudantes estariam perdendo boa parte da “vida” da instituição, bem como teriam dificultadas as possibilidades da construção de horários alternativos e permanência nas atividades.

4.2. O Cotidiano do processo de implantação do PERMANECER- SUS

Neste capítulo apresenta-se a análise do Programa Permanecer SUS à luz das contribuições e desafios identificados pelos estudantes, coordenadores e gestores no primeiro ano de implantação da proposta.

A experiência no cenário de uma unidade de urgência e emergência é bastante complexa e permite identificar aspectos e elementos importantes para a formação dos profissionais de saúde.

4.2.1. O trabalho e a formação: estudantes encontrando o "SUS real"

Nesta seção serão discutidas as ações desenvolvidas pelos estudantes envolvidos no Permanecer SUS. Nesse sentido, cabe situar inicialmente as características do processo de trabalho e das rotinas na emergência estudada.

Para descrevê-las foi necessária uma imersão na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital, não só vivenciando junto aos estudantes sua práxis, mas buscando informações em setores-chave, a fim de alimentar a cadeia de informações necessárias ao desenvolvimento do estudo. “Informações estas obtidas seguindo um “Roteiro do Diário de Campo” (BRITO, 2010) descrito segundo os ‘caminhos’ a serem trilhados na observação participante, atentando para detalhes até então ‘submersos’, ‘extra muros’. Tais ações se iniciaram após a autorização do Comitê Interno de Ética (HGE), e posterior aval do gestor.

O objetivo dessa ação foi compreender o fluxo que os usuários percorrem na Unidade, buscando identificar possíveis alterações desencadeadas pela ação dos estudantes inseridos no Permanecer SUS. Por conseguinte, buscou-se compreender de que maneira esta atividade desenvolvida pelos estudantes na linha de frente, acolhendo, poderia influenciar/contribuir com mudanças eventuais no processo de trabalho.

O trabalho desenvolvido pelos estudantes na emergência ocasionou uma mudança importante no fluxo desse sérico, no que diz respeito à abordagem no momento da entrada do usuário e do acolhimento realizado. A unidade dispõe de duas entradas, sendo uma delas a que os usuários que buscam o acesso para atendimento se dirigem deambulando, sendo orientados e

conduzidos ao sistema de registro. E outra entrada, maior (porta grande), sob os cuidados de vigilantes, onde o usuário, via de regra, vem conduzido pelo SAMU e ou pela RONDESP, conforme demonstra o fluxograma tradicional do Hospital (Apêndice IV), em que o usuário adentrava a Unidade e era encaminhado ao registro.

Após implantação do Programa Permanecer SUS, o usuário passou a ter uma escuta às suas necessidades, sendo conduzido para a triagem, salvo quando é vindo com grande gravidade, conduzido pelo SAMU e/ou RONDESP, quando o acesso se dá de imediato para atendimento. Como podemos observar no relato:

“naquela manhã, estávamos eu e a estudante na área que dá acesso aos usuários que adentram deambulando, quando observamos o policial civil colocar-se silenciosamente diante da porta “maior”. Era um “sinal”, sabíamos que algo estava por vir. Não demorou muito do acesso à Unidade, conduzido pela RONDESP e acolhido pelos maqueiros, entrando direto para sutura. Tratava-se de um jovem negro (17 anos) e vítima de arma de fogo (PAF - Projétil de Arma de Fogo). Ele veio acompanhado pela mãe e ela se dirigiu para o registro. Fomos até ela, os seus cabelos em desalinho refletia o susto/choque a que vivenciara. A estudante colhe informações da situação. A mãe dissera: ‘eu estava botando meu feijão no fogo, quando vizinhos chegaram correndo dizendo: foi seu filho que foi baleado’. Continuando a fala, ainda trêmula: ‘eu disse para ele não se meter com esse tipo de gente, olha aí no que deu’ (Sic). Eles residem no fim de linha de Capelinha de São Caetano” (Diário de Campo, 22.02.10).

O relato reflete as condições adversas a que passa a população E situações como esta do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde ou de familiares em processos relacionados, por prestar cuidados àqueles que se encontram doentes ou deficientes. Dinâmica da síndrome do esgotamento com o estudo de representação da exaustão pelos cuidados prestados e modos do manejo psicológico do trabalho excessivo com doentes (TURATO, 2004). Por sua vez, Gastão (2005, p.400) evidencia que necessitamos de solidariedade e de apoio social, é uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros, um alerta para a violência.

Seguindo na análise do fluxo lembramos que a inserção dos estudantes e seu entrosamento no processo de trabalho não se deram por acaso e sim através de um redesenho da construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com o projeto de corresponsabilidade e qualificação de vínculos interprofissionais, visando uma aproximação com a rede interna e externa do Hospital, através do olhar mais amplo. Como podemos demonstrar no relato que segue:

“P., 65 anos, acompanhado por seus filhos, recebeu alta do HGE em 28.12.09. Realizou traqueotomia aqui. No entanto, postos de saúde e clínicas particulares se negaram a retirar os pontos da traqueotomia e recomendaram o retorno do paciente ao HGE. Falei com o Doutor do caso, que repassou o paciente para o médico da sutura, mandaram colocar o paciente. Realizando o procedimento e saíram gratos.” (Registro do Livro de Ocorrência, 20.01.10; Diário de Campo, 2010).

A atitude da (o) estudante reflete um entrosamento com a equipe da Unidade, seu compromisso e interlocução com a rede interna do Hospital. Seguindo, demonstramos outro depoimento registrado pelos estudantes:

“Sra. A. refere que a filha M., 09 anos, havia colocado um caroço de feijão no ouvido. Como o trauma do corpo estranho é específico daqui, pedi que ele fosse fazer a ficha. Como a médica estava demorando, fui até o coordenador que liga para a médica imediatamente, a qual disse que já estava chegando. Repasso a informação para família. A usuária foi atendida.” (Livro de Ocorrência, 20.01.10; Diário de Campo, 14.04.10).

A narrativa retirada do Livro de Ocorrência revela que a atitude descrita pelo estudante reflete uma sintonia com a necessidade de saúde apresentada, além do conhecimento do perfil assistencial da Unidade referência/retirada de corpo estranho, promovendo uma articulação interna para a resolução do caso.

Ainda que tais atitudes pudessem produzir ruídos nos serviços, conforme demonstraram alguns relatos dos estudantes no momento das entrevistas:

“[...] profissional veio hoje, coisa chata que atrapalha, emperra e tudo mais, ou seja, a gente já sabia a gente até comentava entre a gente, ‘pô’ aquele médico veio hoje, eu já sei que... se tiver a gente já ... tomara que não tenha problema nenhum, com a nutrição, vamos supor, porque vai ser a coisa mais difícil falar com esse médico. Ou seja, que não tenha problemas hoje, às vezes tinha uma técnica lá de enfermagem, que oh! que dava dor de cabeça pra gente, então a gente já ficava imaginando, se vai ser ela hoje. [...] Mas já no final mesmo do meu estágio ela já foi bem mais acolhedora, já me dava boa noite, me dava bom dia, aquela coisa mais acolhedora mesmo. Eu fiquei até impressionada o que foi que fez mudar, mas até hoje eu não perguntei” (IC2).

Essa narrativa nos convoca a uma reflexão no que PASSOS (2009) evidencia “que apostar na humanização, que há um só tempo, mudanças das práticas, mudanças dos territórios existenciais, mudanças das posições subjetivas, mudanças de subjetividade.” No processo de transformação de si, do outro, na constituição de um novo modelo de atenção, de um novo modelo de gestão, transformação das práticas de saúde, em sintonia com as transformações de sujeitos.

Tais práticas culminaram no que poderíamos dizer: desvelando-se como se produz a demanda do usuário, suas necessidades. Vindo a tornar-se um *balizador* do processo de trabalho em saúde de uma unidade em que se observa uma demanda crescente por atendimentos, muitos dos quais poderiam ser atendidos em unidade básica de saúde, ou mesmo em estrutura de média complexidade.

O depoimento que segue traz um aspecto importante da atuação dos estudantes, que é a possibilidade de buscar o profissional capaz de dar o suporte que o caso requer:

“(...) Teve um caso mesmo de uma senhora idosa, que ela foi assaltada na Pituba e aí ela chegou, veio pra cá, e não quis entrar na sala pra sutura E ela ficou naquele desespero, chorando, chorando, gritando lá dentro. Não quis deixar ninguém fazer o atendimento dela. E ela veio com o SAMU! E aí o SAMU preso aqui, porque ela não dizia o endereço de onde ela morava, quando deu o nome dela, o endereço, o telefone dela, já tinha sido atendido aqui no HGE, não chocava, não existia e ela não queria falar onde ela morava! E ela falava que iam querer internar ela aqui, que ela não ia ficar aqui, que hoje era aniversário dela, que o filho dela estava preocupado com ela em casa, e levou tudo, ela não tinha como se comunicar com a família. E ela entrou em desespero! E aí eu ‘tava’ passando pelo corredor da sutura [...] e aí a abordei! E ela chorando, gritando, ‘eu não quero ficar aqui, por favor, me deixem ir, me deixe ir para casa, amanhã eu venho com meu filho e tenho o atendimento’! Aí chama a assistente social. A assistente social conversa com ela, também ela não queria conversa! Virou, a senhora mora aonde? ‘Oh não sei, sabe que eu esqueci’! E falava mesmo assim, deste tamanho assim! E já tinha devia ter seus 85 para 90 anos. E chorando, não queria ficar e aí eu fui, chamei a psicóloga - tem uma psicóloga aí que é um amor de pessoa. Você olha para ela e já sente uma tranqüilidade; aí a chamei pra conversar com essa senhora e ela não queria dar endereço, nada, ela queria que o SAMU a levasse em casa. E não tinha quem levasse ela em casa. Não era área do SAMU, aí o SAMU, a base que trouxe não correspondia. Aí foram ligar para o SAMU para tentar levar ela, aí como ela tava andando e tal, ‘tava’ só com um hematoma na zona frontal, e aí fui ao neuro, procurar um neurologista. Ela não queria entrar na sutura [...]. O neurologista foi falar com ela no corredor, encostado na parede: ‘como é que a senhora ‘tá’? ‘Tá sentindo o que’? Ele encostou assim na parede, deitou e ficou da altura dela assim e teve uma comunicação legal, de todos os profissionais” (3B7).

Neste relato revela-se a integração da estudante com o conjunto dos profissionais, bem como a percepção das relações estabelecidas entre usuários e profissionais. Demonstra seu envolvimento e principalmente as reflexões geradas por sua imersão no cotidiano do serviço, num exercício de formação rico em vivências e experimentações, como apontam Ceccim e Bilibio (2003), ao avaliarem uma experiência de integração educação-trabalho vivenciada por estudantes da área. Ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, levando-se em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Assim sendo:

“O campo das aprendizagens não será preenchido sem a exposição ao andar da vida dos usuários do SUS, ao andar da qualidade humanística dos serviços de saúde, ao andar da relevância social da gestão na saúde. A educação acontece, inclusive, no próprio processo de construção de espaços e tempos coletivos com os estudantes” (Ceccim e Bilibio, 2003, p.369).

Outro aspecto refere-se à possibilidade de vivenciar o cotidiano das emergências e agir dentro de um contexto muitas vezes adverso. O discurso apresentado revela uma análise positiva acerca da prática na medida em que eles têm oportunidade de vivenciar o “SUS real” (PAIM, 2003), e o processo de trabalho permite a integração entre o aprendizado técnico que o curso de graduação proporciona e a ação realizada nas emergências.

Paim descreve ainda as diferentes dimensões do SUS: “a) o ‘SUS Democrático’ desenhado pelo Projeto da Reforma Sanitária Brasileira; b) o ‘SUS Formal’, juridicamente

estabelecido pela Constituição Federal, pelas Constituições Estaduais, Leis Orgânicas, Decretos, Portarias, Resoluções, etc.; c) o ‘**SUS REAL**’, refém dos desígnios da chamada ‘área econômica’, do clientelismo e da inércia burocrática, que favorecem o mercado da assistência médica supletiva ‘plano de saúde’; d) O ‘**SUS para pobre**’, centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante focalização das ações” (PAIM, 2003).

“A idéia que eu tinha do SUS como paciente era uma. Quando eu entrei na faculdade eu vim aprender mais sobre o SUS teórico, aí já mudando essa idéia do paciente. E, quando eu fui para o Permanecer SUS que vim conhecer o SUS dos profissionais, de quem trabalha no SUS” (IA3).

Freire (1987) destaca que a “educação talvez seja a integração da ação educativa à realidade global do educando”, tendo como base a crença no homem, na sua capacidade de ser sujeito do seu próprio processo educacional, capaz de conscientizar e, se conscientizando, engajar-se na transformação da realidade.

O depoimento a seguir revela a ênfase descrita no discurso demonstrado na intensidade da afirmativa **muito**, evidenciando o processo no qual o estudante em sua caminhada junto à experiência, enquanto sujeito no processo de trabalho. Para Passos (2009), essas mudanças só se efetivam através de mudanças nos processos de subjetivação. “Ou seja, os princípios do SUS, eles se encarnam necessariamente em experiências concretas a partir de sujeitos concretos, que transformam a sua própria experiência em sintonia com a transformação das práticas do serviço.”

“Muito”! Porque é assim, é o Permanecer entra [...] a gente enxerga as coisas de uma visão diferente! [...] E às vezes, quando você faz um estágio muito tecnicista, entendeu, você pode passar isso despercebido isso para sua vida! (2A1)

A descrição que se segue revela o que Deslandes (2006) e Ayres (2005) apresentam, ao refletire a experiência em consonância com a humanização, e nos conduz a refletir sobre novas formas de agir, relações mais simétricas entre sujeitos, por meio das quais o saber formal e científico, bem como as experiências e saberes de pacientes e acompanhantes contribuem com a produção de conhecimento.

“Além de conhecimento, a oportunidade de conhecer para outras pessoas que buscam o serviço do SUS. [...] Então é assim, é um conhecimento que não é só para mim, mas que também posso é... como é que posso dizer? Multiplicá-lo”. (3B6)

Dando segmento observamos a fala em que a experiência conduziu a um processo reflexivo quanto ao lugar do sujeito, no caso os trabalhadores de saúde. Foucault (2005, p.139) o define como o lugar de onde ele fala e que não importa quem fala, mas o que ele diz não é dito de qualquer lugar. Este lugar é um lugar de representação social (ex. médicos, professores, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) que é uma unidade apenas abstrata pois, na prática, é atravessada pela dispersão.

“[...] entender mais o SUS teórico... E quando eu fui para o Permanecer, que vim conhecer o SUS dos profissionais, de quem trabalha no SUS. O Permanecer me ajudou a olhar, o olhar do profissional também...” (IA3).

O discurso seguinte mostra uma idéia ampla do conceito de saúde, amplamente discutido na Carta de OTTAWA (CANADA, 1986) em que a Promoção da Saúde se efetiva através da ação comunitária, sendo esta o ponto central para promovê-la. Em consonância com a descrição de saúde apresentada na Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estabelece a abrangência do termo saúde para além do campo da medicina, "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país" (BRASIL, 1990).

*“Com **certeza**, foi muito válida essa experiência de um ano no Permanecer SUS, lá no HGE, que eu acho que de todos é o hospital que tem o programa Permanecer de forma mais organizada, mas paramentado entendeu? Contribuiu sim, muito, para a minha formação profissional porque eu comecei mesmo, **tirei a visão da pessoa só como física, só de olhar da pessoa. Mas eu passei a [...] ouvir a pessoa de forma mais atenciosa, ouvir a pessoa, ouvir o que a pessoa tem a dizer, dos problemas, dos seus anseios, suas dificuldades, seus obstáculos do dia a dia, o gigante que tem que derrubar todos os dias para poder sobreviver e ter até mesmo as refeições mínimas para a sobrevivência, então você passa a ter uma visão diferente. Você passa a acolher o paciente de forma mais humanizada realmente. Você não passa a ver só a doença do paciente, mas passa o conjunto que levou o paciente a desenvolver aquela doença” (IA9).***

O relato reflete as condições adversas a que passa a população. A humanização tende a lembrar, segundo Campos (2005, p.400), de que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros.

4.2.2 As ideias de SUS e acolhimento para os estudantes

O contato com os estudantes no **cenário** e as entrevistas suscitaram perguntas referentes ao seu conhecimento sobre o SUS, antes da experiência junto ao Permanecer SUS. Dessa forma, as reflexões dos estudantes ganharam relevância ampliando a análise de sua vivência:

*“[...] Eu tinha uma **visão totalmente negativa**”. Se eu pudesse, não utilizaria dele por mais que eu não tenha plano de saúde, eu pensava meu Deus, que eu não tenha nada, para não precisar recorrer ao SUS. **Acho que eu ia enfartar**, porque a gente sempre vê assim que tenha assim uma possibilidade, é... **a questão da vacinação**. E isso sempre toda a minha vida, **isso a gente sempre foi tranquilo**. [...]. Aí depois, com a experiência na faculdade, por mais que a faculdade trás essa questão do SUS pra, mas já fala pra gente todas as dificuldades! [...] Então a gente já, [...] vem com um monte de expectativas”(3B7).*

A narrativa acima pontua momentos distintos: o SUS do medo só da possibilidade de ter que recorrer a ele, e aquele cujas ações se mostram eficazes, com imagem desde tenra idade,

através das campanhas de vacinação em massa. Poder-se-ia dizer que a questão da comunicação no campo da saúde se fizera evidenciar, tendo em vista que: “políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam (adquirem visibilidade, portanto existência) e são apropriadas (convertidas em saberes e práticas) pela população a que se destinam” (ARAÚJO, 2007), reforçando que a qualidade da comunicação é determinante da possibilidade de sucesso da política em questão. Seguindo com a expectativa do confronto do que aprendeu na Universidade com a realidade que se delineara aos **seus** olhos.

“Bem por alto mesmo! E eu acho assim que no curso de Serviço Social fica muito a desejar a questão do SUS. Eu acho que se aborda muito menos do que se deveria ser abordado! ainda mais se a gente for pensar que uma das grandes demandas, de ofertas de trabalho pro assistente social é na área de saúde. Então eu acho que nesse, [...] aspecto há um pouco de falha! do curso de serviço social”. (3B10)

“Aqui no HGE isso, esse meu período aqui foi totalmente é... rompi, com esse conceito que eu tinha antes, entendeu? Porque eu vejo que são profissionais capacitados sim! Acontece o atendimento sim, apesar da gente ver como o hospital está, cheio, super lotado, mas os pacientes são, são atendidos, tem essa, essa preocupação com o melhor atendimento para o usuário. Claro que tem esse problema né! Mas os funcionários que estão aqui não, não é da maneira como eu pensava que era, entendeu? Atendimento precário, porque é serviço público, não é assim, não funciona do jeito como eu pensava.” (3B8)

As narrativas descritas demonstram a importância de mudanças curriculares e iniciativas articuladas de mudanças na formação de profissionais e nos modelos de atenção à saúde.

Trazer o Acolhimento para “Roda de discussão” envolveu os diferentes protagonistas inseridos no corpo da pesquisa. Tal iniciativa buscou conceituá-lo, na perspectiva de diferentes papéis desempenhados por eles (protagonistas), tomando como **condutor** o conceito atribuído por SOLLA (2007).

*“Acolhimento é a **palavra chave** [...] do Permanecer. Porque a gente ficava assim imaginando, porque muitas pessoas tinham aquela coisa assim, **a sensibilidade muito aflorada e achava que acolhimento era simplesmente, oh, como você tá querida e não sei mais o que!** Não simplesmente era **pra você ser tratada como igual, era uma, um ser humano que tava ali conversando com você, eu acho que a base de tudo seria simples a educação, normal que você já tem, ou seja, vou tratar a pessoa bem, mas eu não vou carregar no colo, não vou ficar alisando para eu mostrar que eu to sensibilizada com o problema dela. Porque como ela, outros também estão cheios de problemas ali e eu não posso carregar todo mundo no colo. Então, ou seja, tem que ter um tratamento assim, de respeito, lógico, porque é uma pessoa que está procurando o atendimento e ela tem esse direito, eu não to fazendo ali, por simples favor, eu tava fazendo porque é direito dela”*** (1C2).

Esta narrativa traz importante reflexão, revelando consonância com o **conceito** condutor, quando reforça a questão do **direito**, assentado na constituição, onde ter um atendimento digno se traduz em responsabilização das equipes de saúde pela resolução das necessidades dos usuários.

As narrativas que seguem revelam noções de acolhimento em consonância com o “fio condutor” traçado pelo estudo:

*“(...) vai desde o momento em que a primeira pessoa entra em contato com o paciente, pergunta, sim o que o senhor tem, ouve **ouvir, acima de tudo**, dedicar nem que sejam dois minutos para ouvir. Claro, **ouvir atento**, não adianta ‘tá’ ouvindo e ‘tá’ lá fazendo um monte de coisa, não o que foi que você falou hein?” (2B7).*

*“Acolher? Olhe eu não consigo diferenciar muito essa coisa, porque eu acho que tudo faz parte do acolhimento né? Até na maneira que você trata, não quer dizer que você vai, **oh! Sabe? Sabe aquela coisa melosinha**, mas você tratar com **dignidade**, você **saber ouvir** ele, ouvir o paciente, esclarecer **as dúvidas**, porque tem muitos profissionais que não tem nem paciência de responder alguma pergunta que alguém faça, sabe ah não sei, sabe! Eu acho que tudo isso perpassa o acolhimento” (3B10).*

*“a questão **da escuta!**...Das pessoas o quanto é importante, **parar para ouvir** o que o outro tem a falar quando ele chega!porque às vezes chega desesperado e se a gente não para, a pessoa sai desesperada também, continua desesperada. E às vezes a gente escuta e enquanto ela aguarda o atendimento , ela vai se acalmando” . (2B6)*

*“Não só procedimento, aquele contato com paciente tal, o que ele tá sentindo e tal, mas eu não, eu não vivenciaria... vamos dizer a questão de você para, **eu vir aqui pra lhe ouvir**, não vir para me tocar em você, **infelizmente** não vou poder falar da sua dor, **mas pra lhe ouvir**. Então você começa a compreender todo um contexto que aquela pessoa vive o contexto social dela. **Conhecimento cultural de mesmo** toda a **bagagem que ela carrega de dúvida**, você conhece, aprofunda uma coisa que mais” (2B7).*

*“Eu acho que acolher a gente não acolhe só falando”. Mas acolher **com o olhar** também. O que o outro se sinta, eu estou aqui, alguém está me dando atenção. não é pegar no braço, botar, mas assim: oh, ela olhou para mim diferente, então eu acho que ela vai me atender diferente, ela vai, **mesmo que ela não resolva** o meu problema, mas eu vou me sentir mais a vontade com ela, eu vou me **sentir, assim alguém que me deu uma atenção diferenciada!** Não é pegar pelo braço, não é, mas assim: posso ajudar fazer como aquela frase: posso ajudar? Então assim, que o outro se sinta que ali, ele pode até sair sem solução, **mas ele foi orientado, teve uma orientação**, [...] Alguém **escutou o seu problema**, mesmo que não resolveu, mas escutou ou deu outra orientação para ele, mesmo que aqui não seja a demanda, o lugar da sua demanda, **mas orientou para outro lugar que vai acolher a demanda dele**, que vai talvez der uma resolução para a demanda dele, eu não sei explicar direito, eu não sou muito de palavras não! [...] (2B6).*

As narrativas acima se complementam, trazem consigo palavras que reforçam idéias de acolhimento como escuta e responsabilização: “ouvir acima de tudo”, “ouvir atento”, “saber ouvir” e “parar para ouvir”, “eu vim pra lhe ouvir”, “sentir assim, alguém que me deu uma atenção diferenciada [...] alguém escutou o seu problema”. Traduzem dessa forma sintonia, vínculo e comunicação. No que Sá (2009, p. 659) relata quando fala dos processos de identificação, em que cuidar pressupõe olhar o outro, um olhar sobre o outro. E que a disposição para olhar o outro (possibilidade de reconhecer, no outro e em seu sofrimento, algo de si mesmo).

4.2.3. Desafios na reorganização dos processos de trabalho e na formação

O desenrolar da pesquisa na fala dos atores/sujeitos implicados, principalmente os estudantes, desnudou dificuldades e potencialidades inerentes ao cotidiano de trabalho, no que tange à expectativa gerada com a implantação do Programa Permanecer SUS. Nesse aspecto, destacam-se as possibilidades de construção de novos olhares e fazeres despertados durante a vivência do Permanecer SUS, a exemplo:

*“Um dos aspectos é... conhecer o hospital, **conhecer os profissionais**, por exemplo, chega um acompanhante, um paciente e eu precisamos levar ele ao chefe de equipe. Eu preciso levar ele para a assistência de otorrino, para o otorrino. E a gente, eu cheguei aqui, eu não conhecia ninguém, já aconteceu várias vezes de eu ficar perguntando a um, perguntando a outro, quem é o chefe de equipe, quem é fulano, às vezes eu sabia o nome, mas não conhecia quem era a pessoa.” (3B8).*

O relato a seguir mostra o envolvimento dos estudantes com o cotidiano pesquisado e sua aproximação com o trabalho na Unidade, revelando inquietações e a percepção de incongruências entre propostas e viabilização das mesmas. Trata-se da expressão de desconforto manifestada pela estudante diante da falta de informações sobre um paciente e sua dificuldade de acesso aos prontuários, revelando as dificuldades de comunicação (DESLANDES, 2004) existentes no cenário pesquisado.

“Por exemplo, tem colegas que nunca viram um prontuário. Aí às vezes a gente abordava um usuário, tava na maca, ‘ai... eu to sentindo dor’, e então a gente não sabia! Tem pessoas que não sabia como olhar para ver se o horário da medicação já tinha passado, alguma coisa desse tipo e você contatar o pessoal da sutura, olha aquele paciente ali, já passou o horário do remédio, ‘tá’ na hora de aplicar, acho que essas coisas”(3B10).

Os estudantes tinham liberdade de acesso aos fluxos de trabalho, no entanto observou-se que nem todas as informações eram acessíveis de forma ágil e fluida o que, muitas vezes, acarretou dificuldades, tanto de colaboração nos processos de trabalho, quanto na produção de aprendizagens.

“Então são estas histórias do HGE que a gente tem que conviver, com muita dificuldade, mas a gente vai... tentando resolver.” (G9).

*“É o que você disse que falando aí, porque não tem como ter, **a gente só pensa em humanizar é o atendimento aos usuários**”. Só que **também tem a humanização dos profissionais**, porque a gente tá com a carga horária pesadíssima, você não tem o horário de descanso, baixo salário que desestimula muito, a profissional fica super desestimulada, como que o profissional vai ter um atendimento falta de, de... como é que eu posso dizer, **falta de profissionais em número adequado para dar atendimento eficaz à população**, isso tudo vai tornando o sistema um pouco cansativo. E sobrecarrega só funcionário, o profissional muitas **deles tem problemas psicológicos, muitos entram em depressão**. Como você mesmo falou aí, muitos estão de atestado, porque realmente é muito pesado! (1A9)*

Neste relato podemos observar o processo reflexivo demonstrado pelo estudante diante de sua rotina na urgência, revelando o que poderia chamar de domínio emancipativo, mostrando uma perspectiva de transformação no qual o trabalhador de saúde requer igual atenção às suas necessidades.

Uma questão bastante destacada, tanto pelos estudantes quanto pelos docentes entrevistados, foi a pouca continuidade das ações de educação permanente com os estudantes, atividade fundamental, pois se constitui em espaço de reflexão, formação e avaliação do desempenho do Programa.

“Também porque tem às quatro horas de formação continuada que é uma proposta interessante! E, de fato, não houve não!” (Cd1).

O depoimento revela a ausência dos encontros previstos no projeto como atividade semanal, coordenada pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação da SESAB.

No que tange ao aprendizado, as evidências apontam os avanços e possibilidades desencadeadas pelo Programa, identificadas nos depoimentos:

*“Aprender! É, mais o meu aprendizado maior foi o contato que tive direto com o usuário. Então, assim, independente das assistentes sociais, de observar o atendimento que elas faziam o mais, realmente, foi o contato direto ‘né’, porque também **não era uma coisa mecânica**, eu não tinha as perguntas prontas pra fazer para elas, elas surgiam a partir do que elas traziam, então assim é **importante, pra mim pra o meu crescimento pessoal**, eu não vou dizer assim **só profissional, mas pessoal também**, porque em qualquer outro lugar, eu posso ‘ta’ fazendo esse acolhimento, esse acompanhamento, independente que seja na área de saúde ou não” (2B6).*

“Muitos alunos passaram a entender melhor a proposta do SUS. E por essa razão a gente defende a ideia de que o próprio Estado, ele esteja o incentivador, esteja realmente abrindo possibilidades de estágio, porque quem mais precisa do profissional bem treinado, bem lúcido, é o próprio Estado.” (Cd3).

O quadro seguinte sintetiza os principais avanços e dificuldades relatadas pelo conjunto dos entrevistados e das observações do autor, inserido na Unidade de Urgência e Emergência:

QUADRO 4. Síntese dos avanços e dificuldades /desafios identificados pelos atores do PERMANECER-SUS

AVANÇOS	DIFICULDADES
<ul style="list-style-type: none"> •Oportunidade de vivenciar o SUS; •Identificado quadros clínicos que não se enquadram no perfil da unidade (POA); •Mudanças no papel do Gestor Hospitalar (o novo); •Reflexão crítica dos modelos e ações de saúde; •Um “novo modelo” de comunicação entre profissionais e cidadão/ usuário; •Sistematização teórica sobre os conceitos do SUS; •Articulação da formação com o trabalho; •Acolhimento por parte de alguns profissionais; •Vivência de um ano em um serviço público de saúde, oportunizando (o que?) •Rompimento de preconceitos em relação ao SUS; •Apropriação sobre fluxos e dinâmicas da unidade; •Melhoria da qualidade da atenção – os estudantes se configuram como dinamizadores dos processos de trabalho; •A experiência/observação junto ao PPSUS, evidenciou necessidades de implementação de políticas que promovam a intersectorialidade, a exemplo da saúde do cidadão custodiado. •Observada a importância de investimento na Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tendo em vista o estresse que passa o trabalhador do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> •Valor da bolsa reduzido em relação a outros tipos de auxílio, afastando o programa de uma de suas estratégias primordiais – vulnerabilidade sócio-econômica; •Condições estruturais de trabalho; •Comando “duplo” de regulação de leitos; •Atenção básica pouco resolutiva, sobrecarregando a unidade com agravos que poderiam ser resolvidos na rede básica e nas unidades de urgência de bx complexidade; •Transportes de pacientes contra-referenciados; •Pouco diálogo com as universidades no decorrer do Programa; •Critério de seleção dos estudantes é heterogêneo entre as instituições; •Heterogeneidade no nível de conhecimentos que os estudantes têm em relação ao SUS (ensino de saúde pública/coletiva na graduação); •A carga horária exigida compromete a entrada de novos estudantes e a conciliação com os horários acadêmicos; •Pouco conhecimento à respeito do Programa pelos trabalhadores da unidade, gerando ruídos na presença dos estudantes. •O enfrentamento junto ao familiar de um possível doador reforça a importância de qualificação para equipe da Central de Transplante.

Fonte: Síntese das entrevistas realizadas para o estudo e do **Diário de Campo**.

O quadro evidencia que as observações do Diário de Campo e a experiência dos estudantes no Permanecer explicitam as oportunidades geradas e o ganho no *processo formativo* dos mesmos, em sendo este um fenômeno ético e político. Portanto, considerando que nem toda aprendizagem é satisfatória, o que deve ser aprendido é sempre uma escolha mediada por algumas pessoas legitimadas socialmente para tal, inclusive na perspectiva do enfrentamento de desafios e possibilidades de busca por soluções.

De fato, vivenciar o SUS real, conviver com o cotidiano, constitui-se em uma aprendizagem significativa que possibilita a qualificação não apenas pela técnica, mas através do olhar do estudante sobre as necessidades sociais e as práticas de saúde. E é através da comunicação permanente entre Universidade e Serviço, entre Profissionais e Usuários, entre Estudantes e Profissionais, que o projeto da Reforma Sanitária vai se consolidando e ajudando a formar pessoas que se comprometam com a vida e com a saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quando te negarem água,
envenena os rios
que corre da tua sede.*

*Quando te negarem o fruto,
seca a árvore
que semeia tua fome.*

*Quando te negarem justiça,
arranca as vendas
que escondem tua miséria.*

*Quando te negarem abrigo,
destrói as paredes
que mascaram o teu frio.*

*Quando te negarem luz,
apaga os circuitos
que escurecem tuas trevas.*

*Quando te negarem o paraíso,
distribui os diabos
que habitam teu inferno.*

*Porque neste novo tempo,
teu velho e eterno grito
haverá de ser tua bandeira.*

Alfredo Gonçalves de Lima Neto, 1983.

A trajetória de análise adotada neste estudo partiu da reflexão sobre a evolução da PNH desde sua fase inicial, em 2003, até o seu desenvolvimento no momento atual, utilizando uma linha do tempo para descrever as principais atividades desencadeadas, seguindo uma ordem cronológica e tendo como “**marco referencial**” teórico a VIII CNS, buscando identificar as abordagens de diversos autores sobre a PNH e os elementos conceituais sobre humanização, acolhimento e educação permanente, que permitiram a leitura dos achados e análise do material empírico.

A proposta dialógica deste estudo está pautada/alicerçada tanto na pesquisa **Bibliográfica** quanto na **Observação Participante e do Diário de Campo**, realizados no período de Janeiro a Março de 2010, em um Hospital da Rede Própria do Estado da Bahia, o Hospital Geral do Estado.

Ao refletir a trajetória da pesquisa, cujo cenário revelou elementos importantes a serem “alimentados” ou mesmo descritos no “Quadro Síntese”, levando-se em conta o período de observação, vivenciado pelo pesquisador em sua trajetória no “universo” da unidade de urgência, em que revelaram-se momentos de grande aprendizado.

O ator/pesquisador “traçou” um Roteiro de Diário de Campo (BRITO, 2010) ainda nos primeiros dias, logo após a imersão no campo de estudo, de maneira a que nada ficasse sem que fosse observado, a fim de cumprir o que havia objetivado desde o princípio. Para tanto foi necessário despir-se do seu papel de trabalhador do SUS/Apoiador Institucional e encarnar o papel de pesquisador. Papel este iniciado em janeiro de 2010, mediante autorização do gestor, fazendo inclusive uso de identificação/crachá para ter acesso às instalações da unidade.

De posse do “aval”, dera início, numa manhã de uma segunda-feira. Foi utilizada inicialmente uma técnica que se poder chamar de “efeito sombra”, passando diante dos demais como uma cidadã entre outros cidadãos, a fim de observar a desenvoltura dos estudantes vinculados ao Programa. E atentando ao que (MARTINS, 2004) evidencia, ao referir-se ao convívio dos trabalhadores no hospital, “o contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações”. De fato, ao inserir-se com o “olhar” diferenciado de pesquisador, este passa a atentar detalhes que dantes passariam imperceptíveis ou seriam vistos como “comuns”.

Seguindo uma rotina, após apresentação na Diretoria, descia a escada que dá acesso à Unidade de Urgência. Naquela manhã pode ser observada uma superlotação na área que dá acesso ao RX e CC, extrapolando os “muros” das demandas, fato rotineiro às segundas. Fruto da violência.

Corroborando com o que (BARBOSA & REMI, 2010, p.97) colocam, ao referirem-se ao diário reflexivo, que evidencia como dispositivo pedagógico de aprendizagem, constituindo-se em narrativas reflexivas das experiências subjacentes em relação a outrem, no processo formativo do ator social, em potência, protagonista, autor da sua construção, da sua inventividade, da sua. Mais ainda, permitem ao ator/autor rememorar, ajustar dilemas ocultos a sua percepção pelas itinerância, ações cotidianas do trabalho. Na dimensão da profissionalidade, possibilitando a reflexão de teorias e práticas nos processos de trabalho.

A análise do Programa Permanecer SUS, como estratégia de consolidação da Política de Humanização implementada pela Secretaria da Saúde do Estado, permitiu identificar elementos

que podem se constituir em iniciativas importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, cabe ressaltar aspectos considerados relevantes como abordagens inovadoras no âmbito do acolhimento nas emergências dos Hospitais Públicos do Estado; a possibilidade de entendimento das dinâmicas relacionais das emergências, incluindo descrição das práticas, percepções e envolvimento da equipe com usuários e familiares; percepção da problemática da saúde do trabalhador do SUS Unidade de Urgência e Emergência, cuja rotina revela-se estressante; estímulo à criação de estratégias de monitoramento e avaliação da PNH; discussão sobre a problemática da formação profissional; e discussão sobre o enfrentamento junto a famílias, de possíveis doadores, reforçando a importância da qualificação/formação das equipes/CT.

Além disso, este Programa traz elementos propiciadores de incentivo à pesquisa no âmbito de mestrado e doutorado, no tocante a diretrizes norteadoras da PNH e da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

O processo de formulação e implantação de políticas e intervenções sobre os problemas de saúde envolve uma combinação de conhecimentos que subsidiam a pedagogia adotada na formação dos profissionais da saúde. Nesse sentido, este estudo explora a intersubjetividade dos sujeitos que constroem o SUS diariamente.

A identificação e análise das mudanças provocadas pelo Permanecer SUS e as dificuldades mencionadas pelos atores envolvidos apontam para a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias pedagógicas utilizadas para sua formação, considerando-se que a educação é traduzida como uma necessidade sociopolítica e em função do seu caráter genérico.

Todavia, se nos referirmos ao indivíduo, esta carência adquire o sentido do desejo, devido a seus interesses pessoais neste ou naquele tipo de educação. Torna-se, portanto, necessário o fortalecimento de espaços que garantam momentos de reflexão sobre as práticas e investimento nos encontros de educação permanente.

“Na verdade não ocorria toda semana, mas eu, na minha visão, as que aconteciam faziam valer, na verdade porque eram temas assim, que eram precisos” (2B6).

Tomar o conceito de Educação Permanente discutido no referencial teórico, principalmente no que tange à educação como transformação dos processos de trabalho e “como prática de ensino-aprendizagem, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (CECCIM & FERLA, 2008, p. 162).

Freire (1992), ao falar dos processos de educação remete-nos a uma questão importante quando diz que a educação se efetiva com a transformação da realidade, o que é compreendido nas condições objetivas de vida, diz o autor:

“Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa de aquisição do conhecimento existente, pois que se prolonga até a fase de criação de um novo conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa de desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade” (p.103).

Finalmente, cabe ressaltar que os resultados deste estudo podem subsidiar a elaboração de alternativas e estratégias de mudança que contemplem a busca de melhoria do desempenho das organizações públicas de saúde e lancem novas luzes sobre a problemática da formação.

Do mesmo modo, agregam elementos que podem vir a ser considerados em novos estudos e que ajudam a superar as dificuldades encontradas, bem como estudos do processo de trabalho que impactam na saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNE J. A. (org). *Vadem Mecum Acadêmico de Direito*. 4ªed. São Paulo: Rideel, 2007. (Coleção de leis Rideel) pp.3-98.
- ARAÚJO, I. Soares de; JANINE, M. C. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.152 p.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Tradução: Antonio Caeiro, Lisboa. Quetzal, 2004.p. 285.
- AYRES, J. R. C. M. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2005, vol.10, n.3, pp. 549-560.
- AYRES, J.R.C. M. *Novos discursos e velhas práticas em saúde pública: o cuidado como filosofia para um sanitarismo em condição*. Documento apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra dos Reis.(Mimeo).
- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Portaria nº 2015, de 30 de novembro e 01 de dezembro de 2002. Cria o Comitê Estadual de Humanização do Estado/ (PNHAH)
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. I Encontro Estadual de Humanização, 15.12.03. Bahia Othon Palace Hotel. Endereço: <http://www.1.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?noticia>.
- _____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. *Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador, 2004. 98p.
- _____. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. Decreto nº 9.046, de 02 de abril de 2004. Institui a Comissão de Infra-estrutura para implementação da 1ª Conferência Estadual de Direitos Humanos.
- _____. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. Relatório Final e DOC do CDDM da 1ª Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres, de 03 a 05 de junho de 2004.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. I Encontro Estadual de Humanização e Qualidade da Assistência: UM NOVO OLHAR. Hotel Sol Bahia Atlântico, dias 09 e 10.12.2004. <http://www.1.saude.ba.gov.br/noticia/noticia.asp?NOTICIA>.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. III Encontro Estadual de Humanização e Qualidade da Assistência: FORTALECENDO VÍNCULOS. Hotel BELMAR, dias 05 e 06.12.2005. Disponível: <http://www.1.saude.ba.gov.br/noticia/noticia.asp?NOTICIA>.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor Regional - PDR (2006).
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portaria nº 2489/07, de 18 de setembro de 2007. Institui o Comitê Estadual de Humanização.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão, 2007.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Lei nº 11.055, de 26 de Junho de 2008. Altera a estrutura organizacional e de cargos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia –SESAB e dá outras providências. D.O. 27.06.2008.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Programa PermanecerSUS*. Mimeo, 2008.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Lançamento do Permanecer SUS. Disponível: www.saude.ba.gov.br. Acesso: Abril, 2010.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Agenda Estratégica da Saúde - 2008*.

_____. Secretaria do Planejamento Superintendência de Orçamento Público. Manual de Orçamento Público, 2009. Salvador: SEPLAN/SPO, 2008. 377. p.

_____. Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde. Disponível: www.saude.ba.gov.br. Acesso: Abril, 2010.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Modernização Administrativa/SESAB/DMA. Discurso de Posse do Secretário de Saúde do Estado da Bahia. 2007. Disponível: www.sesab.ba.gov.br.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Modernização Administrativa/SESAB/DMA. Lançamento do PERMANECER-SUS. 2008. Disponível: www.sesab.ba.gov.br.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Processo de Trabalho para Elaboração dos POA das Unidades da Rede Própria da Gestão Direta. Bahia. 2010

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Operativo Anual do Hospital Geral do Estado (POA) - 2010. Diretoria da Rede Própria sob Gestão Direta – DGRP. Bahia. 2010.

BARBOSA, J. G.; HESS, R. O Diário de pesquisa: o estudante universitário e o seu diário de pesquisa. Brasília. Líber Livro, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, nº. 3, p. 561-571, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface. Comunicação, Saúde, Educ.*, v. 9. nº. 17, p. 389-406, março/ago 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Orgânica do SUS nº 8080, de 19 de setembro de 1990. DOU de 20.09.90.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução 196/96. Apresenta Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

_____. Conselho Nacional de Saúde - CONASS. Resolução nº 196/96. Comitê de Ética em Pesquisa. EEAN/HESFA. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____. Ministério da Justiça/Estatuto da Criança e do Adolescente. Normativas, Convenções nº 138 e 182, e Recomendações nº 190 – OIT, Portaria nº 06/2002 - TEM. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Departamento da Criança e do adolescente (DCA). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS. Ministério da Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-SUS 01: Norma Operacional Básica do Sistema Operacional de saúde/SUS. Publicada em DOU de 06 de novembro de 1997, 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS nº 3408, de 05 de agosto de 1998. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2883, de 04 de junho de 1999. Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo.

_____. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572, de 01.06.2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN.

_____. Ministério da Saúde. GM/MS. Portaria nº 1315, de 30 de novembro de 2000. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 582, de 20 de Junho de 2000, publicado em DO da União nº 120E, de 23 de Junho de 2000, pg. 39, seção 1, Acesso: 29.10.11. (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-582.htm>). Programa Centros Colaboradores para Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.

_____. Ministério da Saúde MS/SAS Portaria nº 376, em 03.10.2000. Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Publicado em Diário oficial da União em 04.10.2000. Disponível: WWW.rdconsultoria.com.br/cenes.asp. Acesso: 02.11.11.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 693, de 05.07. 2001. Institui a Norma de Atenção ao Recém - nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 881, 19 de Junho de 2001. Institui, no âmbito nacional do SUS, o Programa Nacional de Assistência Hospitalar - PNHAH.

_____. Ministério da Saúde. Portaria. GM/MS. Portaria SAS nº 202, de 19 de junho de 2001. Estabelece diretrizes para avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais a titular-se como “Hospital Humanizado”.

_____. Ministério da Saúde. Manual PNHAH - 2001. Disponível: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual. Acesso: 02.05.10.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96, Seção I, de 18 de maio de 2001. Institui a política no sentido da redução de mortalidade por acidentes e violência. Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/atosnormativos;legislação-sanitaria/estabelecimento-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria 2048](http://www.saude.gov.br/atosnormativos;legislação-sanitaria/estabelecimento-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria%202048). Acesso em 03 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Compromisso Para Mudar a Saúde no Brasil, Folder. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CONASS. Ata da Centésima Vigésima Oitava Reunião Ordinária do CNS. 128ª CNS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretárias de Saúde – CONASS. Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - Brasília: CONASS, 2003. Disponível: www.conass.org.br/aequivos/file/legislaçãodosus.pdf/. Acesso: 31.07.11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Portaria GM/MS nº 2406, 19.12.2003. Institui o Prêmio David Capristano.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS; Política Nacional de Humanização: Relatório de atividade, 2003/Ministério da Saúde Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Prêmio HumanizaSUS David Capristano: Política Nacional de Humanização/

Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da PNH - Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Avaliação e Controle de Sistema/DACS. A Política de Regulação do Brasil, 2006. Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS, 2006.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1998. Brasília, DF. Senado Federal, 1998. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm. Acessos: 14.04.09 e 22.09.10.

_____. Presidência da República Federativa do Brasil. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm. Acessos: 16.04.09 e 22.09.10.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.

_____. Presidência da República Federativa do Brasil Casa Civil. Subchefia de assuntos Jurídicos. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema de Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Relatório Final da Oficina HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível: bvsms.saude.gov.br/vs/publicações/oficina_nac_humanizausus.pdf. Acesso em 24.04.10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação em Saúde, 2009. 64p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125, de 27 de dezembro de 2006. Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS. Programa QualiSUS.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Nacional de Humanização. Trabalho de redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde/Ministério da Saúde. 2ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria nº. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, nº. 63, 31 de março 2006. Disponível: www.saude.gov.br/svs.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde/Ministério da Saúde. – 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Pactos pela Saúde. Disponível: www.saude.sp.gov.br. Acesso: 12.01.10.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde como dever do estado e direito do cidadão”. Brasília, DF, 17 a 21 de março de 1986. Disponível: www.datasus.gov.br/cns.htm.

- _____. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde; “Saúde: municipalização é o caminho”. Brasília, DF, 9 a 14 de agosto de 1992. Disponível: www.datasus.gov.br/cns.htm.
- _____. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde: “Construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida”. Brasília, DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Disponível: www.datasus.gov.br/cns.htm.
- _____. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Brasília, DF, Disponível: www.datasus.gov.br/cns.htm.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2529, de 19 de outubro de 2006. Programa de Internação Hospitalar.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização e Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência /Ministério da Saúde. 2009. 56p.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Gestão participativa: co-gestão/Ministério da Saúde. 2ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 20p.
- _____. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Textos Básicos de Saúde, Série B).
- _____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF. 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF.
- _____. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final /Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 2004, 230 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente e Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. GM/MS. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2006. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. 2º Seminário Nacional de Humanização, agosto de 2009. Conferência de Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. Eixo 2. Trabalho e formação em saúde.
- _____. Ministério da Saúde. 2º Seminário Nacional de Humanização, agosto, 2009. Conferência de Dr. Eduardo Passos. Eixo 1. Outro humanismo e os desafios da equidade.

_____. Ministério da Saúde. GM/MS. Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS. SUS 20 anos/Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282p.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm. Acesso: 03.06.2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

BRITO, M. T. C. Roteiro de Diário de Campo: “O Programa Permanecer-SUS : Humanização e Acolhimento em Unidade de Urgência e Emergência na Visão dos Gestores e Estudantes de Salvador/Bahia. Salvador, 2010.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS; Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1); 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface. Comunicação, Saúde, Educa.* n. 17. p. 389-406, março/agosto 2005.

CAMPOS, G. W. S. Consideração sobre processo de administração e gerência de serviço de saúde. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*. V.12.n.2. p 301-306, 2007.

_____. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexão sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Interface. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n.1, p. 19-31, 2006.

_____. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Soc.* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____, AMARAL, M. A do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referência teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. (1294) 849-859, 2007.

_____. Trabalho e Formação em saúde. Conferência de Encerramento. 2º Seminário Nacional de Humanização, 2009. Brasília/DF.

_____. O anti Taylor: um método para co-governar instituições de saúde com liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n. 4, p. 63-70. 1998.

CAPRARA, A.; VERAS, M. do S. C. Hermenêutica e Narrativa: a experiência de mães de crianças com Epidermólise Bolhosa Congênita. *Cad. Saúde Pública*, 2004.

- CAPRARA, A.; LANDIM.L.P. Ethnography: its use, potentials and limits within health research. *Interface, Saúde, Educ.*, v.12, n. 25, p. 363-76, abr./jun. 2008.
- CAPRARA, A.& FRANCO. A. L. A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*.15.45:55.
- CARMO-NETO, D. *Metodologia Científica para Principiantes*. 3º ed, Salvador-BA: American World University Press, 1996, 576 p.
- CARTA DE OTTAWA. I Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível: www.opas.org.br/. Acesso, 22.09.10.
- CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 343-372.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* v. 9. n 15. Botucatu set/fev. 2005.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde, ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECÍLIO, L.C.de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. V.13, n. 3. Rio de Janeiro, jul/set.1997.
- _____ L. C. O. Mudar Modelos de Gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.1, n.2, p 04-26, jun. 2000.
- CECÍLIO,L.C.O .As necessidades de saúde como conceito estruturante. IN: Pinheiro R, Mattos RA. (org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.Rio e Janeiro: UERJ;2001.p.113-26.
- _____ L. C. O. MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. Campinas, 2003.
- _____ L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam. *Saúde & Sociedade*. (online). 2004, vol.13. n. 2. pp. 39-55.
- _____ L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. PARTE IV, IN: *Agir em Saúde: um desafio para o serviço público*. Emerson Elias Merhy, Rosana Onocho (Org). Ed. HUCITEC. 3ª edição, 2007.
- _____ L. C. O. Morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface. Comunicação Saúde e Educação*. V.13. Supl.I p.545-55, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA E SAÚDE (CONASS). Violência: uma epidemia silenciosa. Propostas estratégicas e parecerias de atuação. CONASS. DUCUMENTA 17. Brasília: CONASS, 2009.
- CURY, A. J. O Futuro da Humanidade; a saga de um pensador. Rio de janeiro: Sextante, 2005.
- DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente de Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, SEGETS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

- DESLANDES, S. F. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre danos da violência e a criação da vida. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2002, 196p.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DESLANDES, S. F; MITRE, R.M. de Araújo. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface. Comunicação, saúde e Educação*. v. 13, supl, p.641-9, 2009.
- DESLANDES et al. Atendimento de Emergência no Brasil. *Rev. Panam Salut Pública/Pan Am/Public Health* 24(6), 2008.
- DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência Saúde Coletiva*, 10 (3) : 669-705, 2005.
- FALEIROS, V. P. et al. A Construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 297 p. 2006.
- FILHO-SANTOS, S. B. *Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (4). 999-1010, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. Ed. 5ª São Paulo: Loyola, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança – um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 22ª ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1987.
- GALLIAN, D. M. C. A (Re) Humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*. 2000, 33(2).
- GANDIN, D; GANDIN, L. A. *Temas para um projeto político-pedagógico*. 5ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
- GEANELOLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*, 7: 112-119. 2000.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro; Tempo Brasileiro. 1989.
- HECKMAN, S. J. *Hermenêutica e a sociologia do conhecimento*. Edições 70. Lisboa.
- HELLER, A. *Teoria de las necesidades em Marx*. Barcelona: Península; 1986.
- JOSSO, M. C. O. Caminhar para si: uma perspectiva de formação de adultos e de professores. Entrevistador: Margaréte May. Berkenbrock – Rosito.Revista@ambienteeducacao. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 136-139, ago/dez. 2009.
- HELLER, A. *Teoria de las necesidades em Marx*. Barcelona. Península; 1986.
- MACEDO, R. S. *A etnopesquisa crítica e multireferencial nas ciências humanas e na educação*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2004.
- _____, R. S. *Aprendizagem e Formação: Aprofundamento e Conexões Contemporâneas*. Disponível: <http://eadsusava.saude.ba.gov.br/mod/book/print.php?id=3846>. Acesso: 19.12.11.
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. V.13, supl.1, p. 515-21, 2009.
- MANSANO, N. H. M. O impacto da violência na saúde: a epidemia silenciosa. *Consensus - Jornal do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde*, nº 34, p. 3-5, 2008.

MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. et MATTOS, R. (Org) .Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. 1ª Ed. 2001; 2ª Ed. 2003 e 3ª Ed. 2004.

MATSUMOTO, N.F. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de saúde (dissertação). São Paulo: escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1999.

MERHY, E. E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury. S. (org) Democracia e Saúde. A luta do CEBES, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 125-141.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Campinas, 1999.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 4, n. 6, fev. 2000. p. 108-116.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. São Paulo. Hucitec - ABRASCO. São Paulo - Rio de Janeiro, 1992.

_____, M. C. de S; DESLANDES. S. F. GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. Violência e Saúde. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006 (p.45).

MORI, M. G.; OLIVEIRA, V. M. de. Os coletivos da PNH: a cogestão em ato. *Interface, Comunicação em saúde, educação*. Vol.13, Suple.1. Botucatu, 2009.

NUNES, D. E.; SINGERIST, H. E. Pioneiro da História da Medicina e da Sociologia Médica. *Educ. Méd. Salud*, Vo. 26, nº 1, 1992.

OLIVEIRA, L. A.; LANDRONI, M. Â. S. SILVA; N. E. K. e AYRES, J. R. de C. M. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005, v. 10, n. 3, pp. 689-698.

ONOCKO, C; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Ed FIOCRUZ, p. 660-688, 2006.

OPAS, Organização Pan- Americana de Saúde. Guia de evolucion participativa para municipios y comunidades saldables. Livro: Pan American Helth Organization, 2006.

PASSOS, Eduardo (org). Formação de Apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde/Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides - Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2006, 2 v.

PASSOS, E. SUS: O desafio da equidade, a produção de saúde em rede e outro humanismo. Conferência de abertura do 2º Seminário Nacional de Humanização, agosto de 2009. Brasília/DF.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 a, 356 p.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica. Salvador; EDUFBA; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2008. 356p.

- _____. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.447 p.
- _____. Direito à Saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, v. 25, n. 1, p.48 -49. 1998.
- _____. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. EDUFBA, In: Atenção à Saúde no Brasil¹. 2006. p. 11– 42.
- _____. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador, BA. 2002. pp.
- _____. Impacto dos fatores determinantes e condicionantes da saúde do cidadão e da comunidade do Estado da Bahia. Seminário Estadual de Saúde - Doenças da Pobreza. Ministério Público Estadual da Bahia, 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista e saúde Pública. v. 35, n.1, São Paulo. Fev, 2001.
- PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A Humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1342-1353. set-out, 2004.
- RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- _____. (a). *Teoria da interpretação*. Porto, Portugal: Porto, 1995. SALVADOR, Secretaria de Transporte de Salvador, Transalvador. Disponível: www.salvador.ba.gov.br. Acesso:13.01.10.
- SÁ, M. de C.A. *Fraternidade em questão um olhar psicológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde*. Interface. Comunicação, Saúde Educação. v. 13. sult, p. 651-64, 2009.
- SILVA, M. C. F. da. *Trabalhos técnico-científicos: manual de orientação para apresentação*/Maria Creuza Ferreira da Silva; Ivone Brito da Silva Figueredo. Salvador: Escola Estadual de Saúde Pública/Centro de Documentação, Informação e Biblioteca, 2010.
- SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*. 10 (2), 73-88.
- SEPPILLI, T.; P. E; CAPRARA, A. *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva nella Regione Umbria, Itália*. In: VII SINAPIH, Rio de Janeiro, 2002.
- SEVERINO, J. A. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007. 23. ed. rev. e atual.
- SHRAIBER, L. B.; Peduzzi, M. Tendências e Possibilidades de Investigação de Recursos Humanos no Brasil. *Rev. Educ. Medica y Salud*. v. 27 nº 3, 1993.
- _____. *Formacion Escolar, Capacitacion Profesional y la Cualidad de los servicios de salud*. Educaion Medica y Salud. Washington, v. 28, nº 2, p. 157-170, 1994.
- _____. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saude em Debate*. Londrina, PR. v. 47, p.28-35, 1995.
- _____, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2); 221-242, 1999.
- SIGERIST, H. E. (1939). *Socialized Medicine abroad*. In: Roemer, M. 1. Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine. Nova lorque, MD. Publications, 1960, pp. 261-266.

- _____. Socialized Medicine in Soviet Union. Nova Iorque, W. W. Norton, 1937.
- _____. Medicine and Human Welfare. New Haven, Yale University Press, 1941.
- _____. The University at the Crossroads. Addresses and Essays. Nova Iorque, Henry Schuman, 1946.
- _____. (1946a). The place of the physician in modern society. In: Roemer, M. 1. Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 65-74.
- _____. (1952). Remarks on Social Medicine in Medical Education. In: Roemer, M. 1. Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 360-368.
- _____. (1935). Current unrest in the medical world. In: Roemer, M. 1. Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 77.
- SOLLA, J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: Modelo de Atenção à Saúde; promoção, vigilância e saúde da família. Teixeira, C. F.; Solla, J. J. S. P. Salvador: Edufba, 2006. p. 209-236.
- ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, E. B. (org). Trabalhador da saúde: muito prazer! Ijuí, 2007. p. 19-59.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface – Comunic. Saúde e Educação. Botucatu. SP, V. 7, agos. p. 113-118, 2000.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.237p.
- TEIXEIRA. G. G; CHANES. M. D. As Estratégias de Humanização da Assistência ao Parto utilizada por Hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: Ações de méritos, ações premiadas. O Mundo da São Paulo, Ano 27, n.º 2, abr/junho, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Roteiro de Entrevista

Mestranda: Matary Tayguara Brito de Orleans

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabela Pinto

Grupo I: Estudantes

1 Você considera que a experiência junto ao Permanecer-SUS trouxe conhecimento quanto ao SUS?

2 Você conhecia o SUS antes de participar do Programa?

3 O que você considera como uma atenção humanizada?

4 O que você entende por acolhimento?

5 Você considera que o Permanecer-SUS contribui para melhoria do atendimento nas emergências dos hospitais?

6 Como você observa o trabalho junto a equipe multidisciplinar?

7 Quais as dificuldades encontradas por você no desenvolvimento do trabalho junto ao Permanecer-SUS?

Grupo II: Coordenadores de Curso

1 Na sua opinião o Permanecer-SUS contribui na formação dos estudantes?

2 Na sua opinião o Permanecer-SUS promoveu entre os estudantes a apropriação das diretrizes do SUS?

3 O que você considera uma atenção humanizada?

4 O que você entende por acolhimento?

5 Quais as dificuldades dos estudantes apresentadas/socializadas junto às Universidades?

6 Na sua opinião o Permanecer-SUS tem suscitado o desejo de ampliar conhecimento/pesquisa no âmbito da Política de Humanização?

7 Na sua opinião o Permanecer-SUS poderá ser instituído como campo de estágio nas Universidades?

8

Grupo III : Grupo dos Trabalhadores da Saúde

- 1 De que maneira você acolheu a proposta do Permanecer-SUS?
- 2 Você considera que o Permanecer-SUS contribuiu para o acolhimento na porta de entrada?
- 3 O que você considera como um atendimento humanizado?
- 4 O que você entende por acolhimento?
- 5 Na sua opinião, o Permanecer-SUS proporcionou vínculos junto aos usuários?
- 6 Você considera que houve mudanças nas práticas com a chegada do Permanecer?
- 7 Quais as dificuldades observadas por você entre estudante e equipe de trabalho?
- 8 Como você caracterizaria a atuação do Permanecer nas unidades de emergência do hospital no qual você está inserido?
- 9 O que você entende por escuta, diálogo entre a equipe?

Grupo IV: Gestores

- 1 Como se deu a chegada do PermanecerSUS na sua Unidade?
- 2 A proposta do PermanecerSUS lhe foi apresentada?
- 3 A proposta do PermanecerSUS contou com estrutura/apoio para seu desempenho?
- 4 O que você considera como atendimento humanizado?
- 5 O que você entende por acolhimento?
- 6 Quais as dificuldades observadas junto a equipe e os estudantes?
- 7 Você considera que o PermanecerSUS contribuiu no processo de acolhimento junto aos usuários?
- 8 Como você classifica a presença do PermanecerSUS junto a Unidade na qual você gerencia?

APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Universidade Federal da Bahia****Instituto de Saúde Coletiva****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva - ISC, telefone (71) 3283-7441.**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: _____

Pesquisador Responsável: _____

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): _____

Pesquisadores participantes: _____

Telefones para contato: _____

A pesquisa apresenta-se com o objetivo de “Avaliar a implantação do programa Permanecer-SUS no acolhimento dos usuários em três unidades de urgência e emergência no município de Salvador” a desenvolvida por estudantes, cuja proposta integra educação-trabalho numa proposta de inclusão social, contribuindo, por um lado, para implantação/implementação do acolhimento nas urgências/emergências e por outro lado, o estímulo da permanência na universidade de estudantes em vulnerabilidade sócio-econômica. O estudo é de natureza qualitativa onde prevê a consulta de registros do livro de ocorrência do programa realizado pelos estudantes, a realização de entrevistas semi-estruturadas com estudantes inseridos no Permanecer-SUS, com trabalhadores/gestores e usuários das unidades de saúde contempladas com o programa, com os coordenadores dos cursos de graduação das Universidades. Será realizada ainda, entrevista com o Sr. Secretário de Saúde e o Sr. Reitor da Universidade Federal da Bahia, com os Responsáveis das Superintendências envolvidas no Programa (SUPERH e SAIS) bem como, com os representantes das Ouvidorias das Unidades inseridas na REDE Hospitalar em estudo. As atividades serão desenvolvidas no período de outubro a dezembro de 2009. As entrevistas garantirão a confidencialidade, preservando a identificação dos entrevistados. Garantindo-lhes o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Em caso de pesquisa onde o sujeito está sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento,

apresentar a garantia expressa de liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ tratamento usual.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE III: DEPOIMENTOS DOS ESTUDANTES

DEPOIMENTO nº 1:

Quando fui selecionada para participar do Permanecer SUS, meu conhecimento sobre o programa era escasso. Não tinha idéia da sua dimensão... Na verdade nunca havia escutado falar do programa. A partir do momento que passei a fazer parte do mesmo, não só percebi que minha vida profissional havia ganhado experiência, como minha vida pessoal passou a entender melhor o que seria uma escuta qualificada e me ensinou a ser mais humana.

Acredito que podemos transformar o comportamento de alguns, quando nos predispomos a ajudar o próximo! Até por que, com a rotina de trabalho dos profissionais de saúde, são poucos os que conseguem escutar o outro com qualidade.

Fazer parte do permanecer é trabalhar muitas vezes conceitos simples do nosso cotidiano, pessoas e suas relações, mas conceitos nada fáceis de aplicar sem dedicação e persistência. Hoje consigo entender melhor o programa, as necessidades de cada usuário e como tratá-los com suas particularidades, aplicando métodos e estratégias diferentes para alcançar os objetivos de ambos.

Este curso proporciona uma transformação, primeiro em você e nas suas atitudes e conseqüentemente atinge seu trabalho, sua família, seus amigos e todas as relações na qual você se envolve, quando compreendemos os conceitos tudo acontece de forma simples. Tenho certeza que foi aberto um leque em minha vida, hoje procuro transmitir o conhecimento adquirido a todos que estão a minha volta.

Gostaria de agradecer a todos (as) pelo apoio e oportunidade que me foram concedidos (Arlene, Rosana e Maria Caputo). O tempo que passei em companhia de pessoas excelentes como: Aninha minha preceptora e minha mais nova amiga, Mesquita, Angélica, Joana e todas as meninas do permanecer, contribuiu imensamente para o meu crescimento pessoal e profissional, graças ao companheirismo de todos. Desejo a todos muita sorte e sucesso!! Muito obrigada por tudo!!!

“Estudante”

DEPOIMENTO n°2:

A oferta de serviços de saúde pública do Brasil, principalmente nas emergências, tem se revelado de baixíssima qualidade e em quantidade inadequada para atender à população, notadamente, a população pobre. Quantas vezes temos visto pela grande mídia relatos e imagens que nos deixam indignados e revoltados com falta de estrutura física e humana para atender as pessoas?

Na realidade, os hospitais estão falidos, o atendimento é desumano, pessoas morrem nas filas e corredores dos hospitais, médicos atendem mal, e ainda com esses fatores o governo faz de conta que não vê, e com tudo isso deixa se estabelecer o caos no setor de saúde. O nosso Sistema Único de Saúde - SUS é um dos melhores planos de saúde pública do mundo, mas seu problema é o gerenciamento marcado por muita corrupção de políticos, que desviam verbas públicas de hospitais, além de médicos que só pensam em enriquecer e o povo é quem sofre!

Durante meu estágio no Permanecer - SUS, pude observar a importância desse programa para a Humanização do atendimento na Emergência do Hospital Geral do Estado-HGE, pois esse programa vem promovendo melhorias no atendimento dessa unidade, através da realização de uma escuta qualificada dos usuários e familiares, possibilitando um serviço mais organizado, criando uma rede interna onde o usuário tenha uma maior resolutividade das suas demandas. Além disso, o Permanecer - SUS é um programa que estabelece uma relação entre a formação, educação e serviço, promovendo ao estudante um estágio não obrigatório, visando implementar o acolhimento a usuários e acompanhantes nas unidades de emergência sob gestão direta da SESAB.

Essa jornada de um ano na Emergência do HGE como estagiário do programa Permanecer - SUS, foi muito importante para minha futura formação profissional, porque percebi na prática que um atendimento humanizado se faz através de um acolhimento eficaz e de uma escuta qualificada direcionada na resolução do problema do paciente. Aprendi também, que é crucial termos um olhar diferenciado sob o paciente, sempre visando seu bem estar, afinal a hospitalização é encarada de maneira diferente por cada paciente. O hospital é cheio de rotinas, normas, regras, além de todos os procedimentos invasivos e dolorosos. Escutar o paciente é uma grande ferramenta para melhor trabalharmos, pois dá segurança para o doente, forma vínculos e diminui as ansiedades. Desta maneira estamos cumprindo com o nosso dever de valorizar o cidadão e respeitar as singularidades, produzindo saúde de maneira íntegra e respeitando o homem como ser biopsicossocial.

“Estudante”

APÊNDICE IV: FLUXOGRAMAS USUAIS DA EMERGÊNCIA ESTUDADA

